

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1898

THÈSE

N°

221

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 10 Mars 1898, à 1 heure.

PAR

S. Kheifetz

Né à Kertch (Russie), le 18 août 1872

DES FAUSSES GROSSESSES

ET

FAUSSES TUMEURS

HYSTÉRIQUES

(Grossesses nerveuses, Tumeurs tantômes)

Président : M. RAYMOND, professeur.

Juges : MM. GUYON, professeur.

MARIE et ALBARRAN, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 10 Mars 1898, à 1 heure.

PAR

S. Kheifetz

Né à Kertch (Russie), le 18 août 1872

DES FAUSSES GROSSESSES

ET

FAUSSES TUMEURS

HYSTÉRIQUES

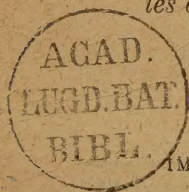
(Grossesses nerveuses, Tumeurs fantômes)

Président : M. RAYMOND, professeur.

Juges : MM. GUYON, professeur.

MARIE et ALBARRAN, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1898

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	Mathias DUVAL
Matière médicale et Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique	FOUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LABOULBÈNE.
	CHANTEMESSE
	POTAIN.
Clinique médicale	JACCOUD.
	HAYEM.
	Dieulafoy
	GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies nerveuses	BERGER.
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON
Clinique d'accouchement	N.
	PINARD.

Agrévés en exercice :

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEY.	REITTERER.
ALBARRAN.	HARTMANN.	RICARD.
ANDRÉ.	HEIM.	ROGER.
BAR.	LEJARS.	SEBILEAU.
BONNAIRE.	LETULIE.	THIERY.
BROCA.	MARFAN.	THOINOT.
CHARRIN.	MARIE.	TUFFIER.
CHASSEVANT.	MENETRIER.	VARNIER.
DELBET.	NELATON.	WALTHER.
GAUCHER.	NETTER.	WEISS.
GILBERT.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILLES DE LA TOURETTE.	trav. anatomiques.	WURTZ.

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon très cher père

A mes amis

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Raymond

Professeur de la clinique des maladies nerveuses de la Faculté
de médecine, à la Salpêtrière
Chevalier de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

La question que nous avons choisie comme sujet de thèse est vieille et pourtant on peut dire toujours neuve. La raison en est dans ce fait que les cas cliniques pouvant en imposer pour une tumeur abdominale ou pour une grossesse sont relativement rares, et on y songe si peu dans la pratique que le diagnostic posé, grâce à un examen un peu attentif, apparaît comme une surprise à la patiente et souvent à l'accoucheur et au chirurgien lui-même.

En outre la pathogénie des fausses grossesses et des fausses tumeurs hystériques est jusqu'ici assez obscure et par cela même rend leur étude toujours intéressante. Ce qui nous a encore déterminé à faire de cette question le sujet de notre thèse, c'est un cas que nous avons observé dans le service de notre très regretté maître M. le professeur Tarnier, et un autre que nous n'avons malheureusement pas pu étudier complètement, mais qu'il nous a été donné de voir dans le service de notre maître M. le professeur Raymond à la Salpêtrière.

Nous exprimons notre reconnaissance à M. Raymond, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse ; nous remercions aussi M. Dubrisay, Chef de Clinique d'Accouchements de la Faculté et M. Livet, Moniteur à cette clinique, qui nous ont aidé à recueillir les observations se rapportant à notre sujet et nous ont été très utiles par leurs conseils.

Division et définition

A. Fausse grossesse hystérique

On a divisé la grossesse en deux classes : grossesse vraie et grossesse fausse. Cette dernière est constituée chaque fois qu'on se trouve en présence de l'ensemble symptomatique caractérisant la grossesse sans qu'il existe de produit de fécondation. Cette définition est applicable à toutes les lésions et à tous les troubles qui peuvent créer cet ensemble symptomatique. Une lésion quelconque de l'utérus ou un trouble dans sa fonction, une pneumatose intestinale avec contractures réflexes des muscles de la paroi abdominale entrent aussi bien l'un que l'autre dans la classe des fausses grossesses pourvu que tous ces états s'accompagnent de symptômes propres à la grossesse.

Mais nous voulons étudier à part, dans cette grande classe des grossesses apparentes, un groupe particulier où cette apparence est créée non pas par une lésion matérielle ou un trouble organique des organes génitaux, comme la métrite, la physométrie, l'hydrométrie, la rétention des règles, etc., mais par des troubles purement dynamiques dûs à l'hystérie. Et c'est en cela que notre thèse se distingue des autres faites avant nous (1-2).

(1) Villebrun. — Des fausses grossesses, Paris 1865.

(2) Delsol. — Diagnostic des fausses grossesses, Paris 1860,

En ramenant notre division à un schéma, nous pouvons la présenter comme ceci :

FAUSSES GROSSESSES EN GÉNÉRAL :

1^{er} groupe. — Produites par une lésion ou un trouble organique ;

2^e groupe. — Produites par un trouble hystérique.

C'est de ce dernier groupe seulement que nous nous occupons.

B. — *Fausse tumeur hystériques*

Nous pouvons diviser les tumeurs abdominales, comme on l'a fait pour la grossesse, en deux grandes classes : tumeurs vraies et tumeurs fausses. Ces dernières ne répondent pas à la définition suivante des vraies tumeurs, donnée par Cornil et Rouvier : masse constituée par un tissu de formation nouvelle, tendant à persister et à s'accroître. Ce sont tantôt des muscles contracturés, tantôt des gaz ou des liquides accumulés dans les organes, tantôt enfin des organes eux-mêmes hypertrophiés ou déplacés qui, par le relief inusité qu'ils forment en soulevant les téguments, donnent l'apparence d'une tumeur.

Dans un article publié par MM. Brault et Rouger, dans la « Presse Médicale » (18 décembre 1897) ces auteurs classent les fausses tumeurs abdominales en deux groupes :

1^{er} groupe. — La tumeur apparente est produite par

une anomalie de la paroi de l'abdomen (engraissement, contracture musculaire).

2^e groupe. — La tumeur est simulée par une distension, une hypertrophie ou un déplacement d'un organe abdominal (pneumatose intestinale ou stomacale, vessie distendue par l'urine, rein ou rate flottants, etc.).

Dans la thèse de Bertrand (1) inspirée par une leçon clinique de M. le professeur Potain (Semaine Médicale, 27 mai 1896), nous trouvons une classification différente de la première. L'auteur divise les fausses tumeurs abdominales en deux groupes :

1^{er} groupe. — Celles qui sont d'origine hystérique.

2^e groupe. — Celles qui sont produites par un état particulier de la paroi abdominale et des viscères abdominaux (adipose de la paroi abdominale, déplacement du rein, de la rate, distension de la vessie, de la vésicule biliaire, tumeurs stercorales).

M. le docteur Thiriart, de Bruxelles, fait la même division des tumeurs abdominales apparentes dans son article : « Sur les tumeurs-fantômes de l'abdomen » (2).

C'est cette classification que nous adoptons, car elle rend le mieux compte, selon nous, de différences essentielles qui existent entre l'espèce des fausses tumeurs que nous voulons étudier et les autres espèces. En effet, la classification de MM. Brault et Rouger pêche par ce fait qu'ils font entrer dans le même groupe les tumeurs apparentes produites par des mécanismes tout-à-fait différents

(1) Contribution à l'étude des quelques fausses tumeurs abdominales. Paris, 1892-96.

(2) Entretiens chirurg. faits à l'hôpital Saint-Jean, p. 112.

les uns des autres, comme, par exemple, l'adipose de la paroi abdominale, qui est un phénomène matériel, et la contracture des muscles abdominaux, trouble purement dynamique, ou, pour prendre le second groupe de la même division, l'hypertrophie et l'ectopie d'un organe, phénomène matériel, et la pneumatose intestinale qui, quand elle simule une tumeur de l'abdomen, est un trouble hystérique.

Nous représenterons donc schématiquement notre division des tumeurs abdominales apparentes de la façon suivante.

FAUSSES TUMEURS ABDOMINALES EN GÉNÉRAL :

1^{er} groupe. — Produites par l'hypertrophie, l'ectopie, la distension d'un organe ou par l'adipose de la paroi abdominale ;

2^e groupe. — Produites par un trouble hystérique.

C'est ce dernier groupe des fausses tumeurs qui fera l'objet de notre thèse.



Historique. — Grossesse nerveuse. — Tumeurs fantômes

Nous avons dit dans l'introduction à notre travail que la question des fausses grossesses hystériques était vieille. C'est depuis le commencement de notre siècle qu'on les connaît. Les observateurs plus anciens soupçonnaient leur existence, mais ne les séparaient pas suffisamment des fausses grossesses produites par d'autres causes. Nous trouvons bien dans l'antiquité et chez les auteurs des siècles précédents au nôtre des réflexions et des observations sur les fausses grossesses en général. Dans Hippocrate nous lisons quelques passages qui attestent que le père de la médecine qui était un si grand observateur connaissait bien les fausses grossesses, quoiqu'il expliquât leur pathogénie par des théories fantastiques et incohérentes qui étaient en rapport avec le faible développement des connaissances anatomiques et physiologiques de son époque. Mais nous ne trouvons aucune indication pouvant faire supposer qu'Hippocrate distinguait entre les fausses grossesses en général produites par n'importe quel mécanisme et la fausse grossesse que nous désignons maintenant sous le nom d'hystérique. Au contraire, en parcourant l'article de Bouchacourt (1) consacré à l'histoire hippocratique de la grossesse nerveuse ou imaginaire,

(1) Lyon médical, 1893, 12 et 13, p. 402, 450.

nous arrivons à cette conclusion qu'Hippocrate confondait dans la même conception toutes les fausses grossesses (qu'elles soient produites par les lésions ou troubles utérins ou par la pneumatose intestinale).

Dans le moyen-âge si riche en manifestations de l'hystérie, mais si peu favorable au développement des sciences médicales, la grossesse nerveuse se présentait certainement aux observateurs, mais nous ne trouvons nulle part aucune indication (1). Harvey aurait observé des phénomènes analogues à la grossesse imaginaire chez les femelles des animaux.

Les accoucheurs du 17^e et du 18^e siècles, Mauriceau, de la Motte, Smellie, connaissaient bien les fausses grossesses et même attribuaient une grande part dans leur production à l'imagination, à l'état mental des femmes. Mais malgré cela ils ne distinguent pas nettement entre les fausses grossesses de cause organique et celles qui sont produites par un trouble psychique ou nerveux.

C'est Girard de Lyon, qui établit le premier cette distinction et donne aux fausses grossesses hystériques le nom de grossesses nerveuses ; il a consigné les faits observés par lui sur les femelles des animaux dans un article publié en 1803.

Depuis les observations se sont multipliées. Klein de Stuttgart, Fodéré en ont rapporté quelques unes. Bau-

(1) Dans la curieuse autobiographie de la sœur Jeanne des Anges publiée par MM. Legué et G. de la Tourette, nous lisons que cette religieuse se croyait enceinte des œuvres du diable. Les auteurs disent dans une notice qu'il s'agissait évidemment de grossesse nerveuse.

deloque consacre un paragraphe de son livre aux grossesses nerveuses. Murat en rapporte un cas dans son article « Grossesse » du Dictionnaire des Sciences médicales, Schmitt de Vienne a étudié dans son mémoire les grossesses nerveuses ainsi que les fausses grossesses en général. Velpeau en cite un cas, Tardieu les a étudiées surtout au point de vue médico-légal (1).

Tous ces auteurs à partir de Girard de Lyon, se servent bien du terme de grossesse nerveuse qui a acquis le droit de cité et ils indiquent soigneusement la nature purement nerveuse de ces états quasi-gravidiques. Mais ils les ont étudiés surtout au point de vue clinique ; il manquait à ces auteurs un moyen sûr de se fixer sur l'essence même et la pathogénie de ces phénomènes, il leur manquait le chloroforme ; de plus ils ne connaissaient pas l'hystérie comme on la connaît maintenant. Avec la découverte de l'anesthésie chloroformique et le grand développement qu'a pris l'étude de l'hystérie les observations de grossesse nerveuse sont devenues beaucoup plus fréquentes, et elle a passé du domaine de l'obstétrique dans celui de la pathologie nerveuse : Bouchacourt, Rendu de Lyon, Boinet, Legrand du Saulle, Bernheim de Nancy, Hyernaux, Thiriar de Bruxelles, Talma d'Utrecht etc. en ont rapporté des exemples et l'ont étudiée au point de vue de la clinique et de la pathogénie.

(1) Les obs. de Klein, de Velpeau, de Murat et de Tardieu sont consignées dans la thèse de Villebrun, V. Schmitt. Recueil des obs. sur les cas des grossesses douteuses, trad. de Soltz, 1829.

La question des fausses tumeurs hystériques se confond en partie avec celle des grossesses nerveuses, comme nous le verrons plus loin. Et cependant nous ne trouvons dans les auteurs jusqu'à la seconde moitié de notre siècle aucune mention de cette espèce de fausses tumeurs. Les observations en ont commencé à être publiées depuis la découverte du chloroforme et la vulgarisation de l'ovariotomie. Avant l'ère de l'antisepsie et du chloroforme les erreurs que faisaient commettre les fausses tumeurs n'étaient que rarement dévoilées, car on pratiquait rarement les opérations sur l'abdomen et on manquait ainsi de moyen sûr de reconnaître l'erreur de diagnostic ; de plus un autre moyen de se fixer sur la nature de ces tumeurs — le chloroforme — n'était pas non plus à la disposition des anciens chirurgiens.

Ce sont les auteurs américains et anglais qui les premiers ont attiré l'attention sur ces fausses tumeurs et leur ont donné le nom de tumeurs fantômes : Spencer Wells, Lawson Tait, Carter, Da Costa (1) etc. en ont rapporté des exemples intéressants. En France, Potain, Terrillon, Moizard, en Belgique, Thiriar en ont publié des cas semblables. En Allemagne, Krukenberg, Ebstein se sont occupé de cette question surtout au point de vue de la pathogénie.

(1) V. la thèse de Bertrand Paris 1895-1896.

Description.

Nous diviserons l'étude clinique en deux parties suivant les deux types que peut présenter le tableau symptomatologique : dans l'un de ces deux types il existe en dehors d'un ventre augmenté de volume tous ou presque tous les troubles sympathiques habituels de la grossesse, tandis que dans l'autre ces troubles font défaut. Il est donc naturel que dans le premier de ces cas l'idée d'une grossesse réelle vient de prime abord à l'esprit non seulement du praticien, mais de la femme elle-même, tandis que dans le second c'est l'hypothèse d'une tumeur abdominale qui se présente tout de suite.

PREMIÈRE PARTIE

Considérons donc le premier cas.

Il s'agit toujours de femmes hystériques, qu'elles présentent des antécédents, des stigmates ou des attaques d'hystérie ou que celle-ci soit chez elles en état latent. Ces femmes sont généralement âgées, se rapprochent de la ménopause ; elles ont le plus souvent déjà eu des grossesses et savent par expérience les troubles dont cet état s'accompagne. Elles désirent être enceintes de nouveau ; cette idée les obsède d'autant plus qu'il y a moins de chances qu'elle soit réalisée à leur âge et qu'elles n'ont généralement pas d'enfants ; quelquefois elles craignent

une grossesse, ce sont généralement des femmes plus jeunes qui ont à cacher à leur entourage des rapports illicites. Ainsi donc, le désir ou la peur de la grossesse les hante.

Comme les irrégularités menstruelles sont très fréquentes chez ces femmes qui s'approchent de la ménopause et qui en outre sont hystériques, il arrive qu'à une de leurs époques elles voient leurs règles manquer ; elles prennent ce fait pour l'indice d'une grossesse qui commence et cela d'autant plus facilement que l'embonpoint n'étant pas rare chez les femmes arrivées à l'âge critique, le ventre prend un certain développement ; les règles continuent à ne pas se montrer aux époques suivantes ou bien elles viennent, mais d'une façon irrégulière et sont peu abondantes, de telle sorte que les femmes persistent à croire qu'elles sont enceintes. Le plus souvent il se produit une pneumatose intestinale et c'est elle surtout qui donne au ventre l'apparence qu'il a dans la grossesse. Presqu'en même temps peuvent survenir des maux de cœur, des nausées et même des vomissements, les seins commencent à se développer, à se remplir de colostrum, l'auréole brunit, les glandes de Montgomery se dessinent, le ventre augmente de plus en plus de volume, la ligne blanche se pigmente, les vergetures même peuvent apparaître par suite de la distension extrême de la paroi abdominale, les organes génitaux externes se colorent en bleu, enfin à quatre mois et demi de sa prétendue grossesse la femme croit sentir les mouvements de son enfant, en un mot la plupart des signes sympathiques de la grossesse existent ; la femme devient de plus en plus persuadée

qu'elle est enceinte ; si elle a déjà eu des grossesses, elle dit qu'elle éprouve les mêmes sensations que pendant ses grossesses antérieures et elle attend le terme avec impatience ou appréhension ; elle prend ses dispositions, prépare tout pour l'être futur, et appelle un accoucheur.

Celui-ci se trouvant en présence de cet ensemble symptomatique ne doute pas d'abord qu'il s'agisse d'une grossesse réelle. Il procède donc à l'examen local.

Par le palper du ventre on obtient des sensations peu nettes ; quelquefois il trouve une consistance rénitente rappelant celle de l'abdomen dans la grossesse ; il n'arrive pas à préciser la position du fœtus dans la matrice ni même à délimiter cet organe ; mais il en accuse l'épaisseur de la paroi abdominale chargée de graisse ; il ne fait donc pas grande attention à ce fait que les résultats du palper sont peu nets. Même s'il trouve au ventre une consistance molle ne ressemblant pas à celle d'un utérus gravide (ce qui arrive quelquefois) il attribue cette sensation anormale à l'excès de liquide amniotique. Ajoutons que ses mains en palpant perçoivent souvent de petites secousses qu'il prend volontiers pour les mouvements actifs du fœtus d'autant plus que la femme affirme les avoir sentis.

Tout ceci ne peut qu'affermir dans l'esprit du praticien l'idée de l'existence d'une vraie grossesse. Mais s'il pousse l'examen plus loin, il arrive bientôt à avoir quelques doutes. Tout d'abord s'il cherche à entendre les bruits du cœur fœtal chez une femme qui aurait dépassé le demi terme, il ne les perçoit pas, bien entendu, puisqu'il n'existe pas de fœtus ; cela peut lui paraître singulier ; mais il

met cette particularité encore sur le compte de l'épaisseur de la paroi abdominale ou de la trop grande abondance de liquide amniotique. Donc ici encore rien qui puisse soulever des doutes légitimes. Cependant pour ne pas laisser une lacune dans l'examen, l'accoucheur recourt-il au toucher vaginal ; alors tout de suite la nature véritable de la prétendue grossesse devient évidente pour lui, au lieu d'un utérus, gros, immobile, à col ramolli, à orifice externe béant, il trouve un organe de gestation petit, très mobile, à col conique, dur, à orifice fermé, bref un utérus d'une femme qui n'est pas enceinte ou même quelquefois un utérus de vierge. Par cette seule constatation le problème de diagnostic est résolu pour lui ; mais si l'idée lui vient de percuter le ventre de sa cliente, il le trouve généralement tout-à-fait sonore et dans tous les cas il n'obtient pas de matité franche et nette. C'est là encore un détail qui confirme le doute dans son esprit.

Quelquefois tout se borne là. L'accoucheur persuadé qu'il ne s'agit point de grossesse le dit à la femme, celle-ci ne veut pas le croire, tellement elle est sûre qu'elle est enceinte, mais enfin le terme attendu approche, il est même dépassé sans qu'aucun travail ait eu lieu et la femme finit par se convaincre qu'elle a été l'objet d'une illusion ; le ventre diminue enfin de volume, s'affaisse tout-à-fait, tous les troubles sympathiques disparaissent, les règles reviennent enfin, si la femme n'est pas encore à la ménopause.

Mais quelquefois les choses ne se passent pas comme ça. La femme persiste malgré tout à croire qu'elle est enceinte et souvent les douleurs du travail viennent au bout de neuf mois de la prétendue grossesse comme pour

donner raison à la femme. L'accoucheur arrive, la trouve dans les douleurs, cherche à préciser la présentation du fœtus, la partie qui s'est engagée et ne trouve rien ; le faux travail dure un certain temps et finit par l'expulsion de quelques caillots ou glaires au lieu de l'enfant attendu.

Voilà deux modes naturels par lesquels se termine souvent la grossesse nerveuse ; mais il y en a un autre, pour ainsi dire, artificiel. C'est que souvent aussi pour s'assurer définitivement de la justesse de ses doutes sur l'existence de la vraie grossesse, l'accoucheur donne du chloroforme à la malade et voit le gonflement du ventre disparaître pendant l'anesthésie. Ça devient une confirmation complète de son diagnostic de fausse grossesse nerveuse.

DEUXIÈME PARTIE

La deuxième partie de notre étude symptomatologique portera sur le second cas clinique que peuvent présenter les femmes atteintes de ces troubles particuliers hystériques qui font l'objet de notre travail.

Une femme, jeune ou âgée, vient vous consulter avec un ventre volumineux évoquant aussitôt dans votre esprit l'idée d'une grossesse ou d'une tumeur abdominale, mais il n'y a rien en dehors de l'aspect du ventre qui puisse faire qu'on s'arrête longtemps sur l'hypothèse d'une grossesse : il n'y a ni suppression des règles, ni perception des mouvements de l'enfant par la mère, ni autres troubles sympathiques de la grossesse. On est porté par conséquent à songer à une tumeur abdominale et la femme

elle-même vient demander votre avis sur la nécessité de l'intervention chirurgicale. On interroge la malade, on apprend que son ventre a augmenté peu à peu, que le volume de la tumeur change, qu'il augmente et diminue par intervalles, que la tumeur cause à la malade une sensation de pesanteur, quelquefois même des douleurs, qu'il y a de la constipation, etc. ; enfin, si l'on dirige l'interrogatoire du côté des antécédents nerveux, on reconnaît qu'on a affaire à une hystérique présentant les symptômes de cette névrose. Mais on ne fait généralement pas grande attention à ce dernier point, on s'arrête volontiers à l'idée d'une tumeur abdominale. Alors on commence l'exploration. Et suivant les résultats que celle-ci donne, on a l'impression de l'une ou de l'autre des tumeurs qui peuvent exister dans l'abdomen.

1^{er} cas. — La tumeur apparente siège le plus souvent dans l'hypogastre, quelquefois elle s'étend en haut jusqu'à l'ombilic et même jusqu'à l'appendice xiphoïde. Sa forme est arrondie, comme celle d'un kyste de l'ovaire, sa surface lisse, sa consistance plus ou moins rénitente, quelquefois fluctuante ; cependant, quand on cherche la sensation de flot, on ne l'obtient généralement pas d'une façon nette. A la percussion, on a un son tantôt absolument mat, tantôt interrompu par places par des zones de sonorité ; la matité a une limite supérieure à convexité tournée en haut et ne change pas par les différentes positions que prend la malade. Le toucher vaginal et rectal est négatif ; mais, malgré ces quelques obscurités et lacunes dans les signes habituels des tumeurs ovariennes, on pense généralement à un kyste de l'ovaire et quelquefois

tout concourt à laisser cette impression (1). Cependant, pour s'assurer du diagnostic et pour rendre le palper plus facile, on administre du chloroforme à la malade et on voit tout gonflement du ventre disparaître souvent pour revenir, sitôt que l'anesthésie cesse ; de cette manière, on se rend compte de la nature véritable de la tumeur, il devient évident qu'on a affaire à une tumeur-fantôme ; mais quelquefois l'illusion que donne au chirurgien l'ensemble symptomatique si caractéristique est tellement grande qu'en voyant la tumeur disparaître on se croit le jouet d'une illusion, surtout dans les cas fréquents où la tumeur revient après le réveil de la malade.

Quelquefois, au lieu d'occuper la ligne médiane, le faux kyste de l'ovaire siège dans une des fosses iliaques (cas de Spencer Wells) (2). Dans un autre cas, rapporté par le même auteur (3), la tumeur était divisée en deux par les muscles grands droits simulant ainsi un double kyste de l'ovaire.

2^e cas. — Il y a des cas où la fausse tumeur siège dans l'hypochondre droit. Elle n'a pas de forme bien définie, sa surface est lisse, sa consistance rappelle celle du foie, la matité qu'elle donne à la percussion se confond avec celle de cet organe.

(1) Même la ponction exploratrice a donné quelquefois un liquide foncé et poisseux, c'est-à-dire comme elle en donne ordinairement dans les kystes ovariens ; c'était dans les cas où la tumeur fantôme était créée par les contractures réflexes des muscles abdominaux ayant l'ascite pour point de départ. Thiriar en donne un bel exemple (Loc. cit. p. 121).

(2) Tumeurs de l'ovaire et de l'utérus, trad. fr. 1883, p. 117.

(3) Medical Times, 1859, rapp. in. thèse de Deniau, Paris 1883.

Il y a donc toutes les raisons de penser qu'il s'agit d'une tumeur hépatique et comme généralement elle donne lieu à peu de symptômes généraux ou locaux subjectifs, on suppose l'existence d'un kyste hydatique du foie. L'observation de M. le Professeur Potain peut servir d'exemple de ces cas, Il est vrai que si l'on approfondit l'examen comme l'a fait M. Potain chez sa malade, on constate que la limite supérieure du foie est abaissée, que la respiration diaphragmatique est presque nulle, que les muscles oblique et transverse sont contracturés tandis que les grands droits sont affaiblis ou parésiés et on pourrait déduire de toutes ces constatations que cette apparence de la tumeur est produite par une contracture hystérique du diaphragme et des muscles de la paroi abdominale associée à la paralysie partielle des autres muscles abdominaux, — mais généralement on se laisse impressionner par le tableau trompeur que constituent tous ces phénomènes complexes. Pourtant il reste quelques doutes sur le vrai diagnostic, d'autant plus que la ponction exploratrice faite dans ce prétendu kyste hydatique reste négative; on donne à la femme du chloroforme et on voit la tumeur disparaître pour revenir avec la cessation de l'anesthésie. On est fixé de cette façon sur la vraie nature de la tumeur.

3^e cas. — Un autre cas encore. Le ou la malade se plaint de vomissements fréquents, fétides, souvent contenant du sang caillé, d'anorexie, d'amaigrissement extrême, de douleurs insupportables dans la région de l'estomac. Par la palpation on trouve une tumeur à la région épigastrique, — tumeur petite, douloureuse à la pression, bosse-

lée, ressemblant en un mot tout à fait à un cancer de l'estomac ; il existe en même temps une dilatation gastrique manifeste ; on porte donc le diagnostic de l'épithélioma de l'estomac ; on donne du chloroforme au malade pour pouvoir mieux délimiter la tumeur et on voit celle-ci disparaître (cas de Leube).

4^e cas. — Quelquefois on peut trouver une pseudotumeur à la région hypochondriaque gauche et on peut penser à un rein flottant (quoiqu'il soit rare à gauche), à une rate flottante ou à une tumeur rénale ou splénique (cas de Greenhow).

Le plus souvent, comme nous l'avons dit, on se fixe sur la vraie nature de ces tumeurs par l'anesthésie chloroformique, mais dans quelques cas des chirurgiens éminents ont proposé des opérations à ces malades. Le cas du D^r Livet, dont nous avons été en partie témoin, est un de ceux où la malade n'a échappé à ce sort que grâce au bon sens clinique du médecin qui a su reconnaître de quoi il s'agissait. Chez une des malades observées par Spencer Wels, un chirurgien a pratiqué la laparotomie, mais n'ayant pas trouvé de tumeur, il a recousu la paroi abdominale. Dans le cas rapporté par Thiriar, l'opération a été faite par lui quoique le doute sur la vraie nature de la tumeur fût soulevé : tellement était grande l'illusion du chirurgien et le désir de la malade d'être opérée à tout prix.

La disparition par l'anesthésie chloroformique, c'est là la terminaison habituelle des tumeurs-fantômes. Mais elles peuvent aussi disparaître spontanément sans qu'on ait eu recours au chloroforme. Comme tous les troubles

hystériques les tumeurs-fantômes sont très mobiles dans leur évolution, elles disparaissent et reparaissent de nouveau sous l'influence des diverses causes. Augmentant de volume pendant les époques menstruelles, elles diminuent ou s'affaissent complètement dans les intervalles ; quelquefois l'état du tube digestif, constipation ou diarrhée, a une influence sur leur volume (dans ce cas il s'agit évidemment de pneumatose intestinale). Elles subissent surtout d'une façon remarquable les influences morales ; quelquefois il suffit d'une émotion violente pour les faire disparaître sans traces ; dans d'autres cas on peut le faire par la suggestion directe ou indirecte, pendant le sommeil hypnotique ou même sans hypnotisation préalable.

Les observations de M. Livet, de Thiriar, de Bernheim sont intéressantes à ce point de vue (9, 11, 12, 13, 19).



Diagnostic

Comme notre travail a pour objet deux états cliniques assez différents l'un de l'autre pour pouvoir être décrits isolément, il en résulte que nous pouvons faire la même division sous le rapport du diagnostic, c'est-à-dire que nous pouvons discuter à part le diagnostic des grossesses nerveuses avec la grossesse véritable et celui des tumeurs-fantômes avec les tumeurs réelles.

PREMIÈRE PARTIE

Valeur relative des signes de la grossesse pour le diagnostic des grossesses nerveuses avec la vraie grossesse.

— Nous diviserons les signes de la grossesse en signes rationnels et signes sensibles : les premiers sont ceux dont on tire des déductions par le raisonnement, les seconds s'adressent directement à nos sens ; c'est-à-dire que les premiers ont beaucoup moins de valeur pour le diagnostic que les seconds ; de là encore une autre dénomination : signes de présomption ou de probabilité et signes de certitude.

Les signes rationnels sont fournis par la vue et l'interrogatoire de la femme, les signes sensibles, par le tact et l'ouïe (palper, toucher, auscultation). Cette division établie par notre regretté maître le Professeur Tarnier

nous convient le mieux, car nous verrons par l'analyse des observations recueillies par nous, que c'est la première catégorie des signes qui est simulée de la façon la plus parfaite par l'hystérie, tandis que les signes sensibles sont absents dans les grossesses apparentes nerveuses et par leur absence même rendent le diagnostic possible.

Nous résumons cette division dans le tableau suivant :

Signes rationnels (de présomption, de probabilité).

— Suppression des règles.

Grossissement du ventre, effacement de la cicatrice ombilicale, vergetures.

Coloration de la ligne blanche, de la vulve, de l'aurole des seins et des mamelons.

Augmentation de volume des seins, sécrétion du colostrum.

Troubles digestifs.

Troubles nerveux.

Perception des mouvements du fœtus par la mère.

Signes sensibles (de certitude). — Ramollissement du col utérin.

Augmentation de volume de cet organe et modifications de sa consistance.

Son immobilité.

Ballotement fœtal.

Perception par l'accoucheur des mouvements actifs du fœtus.

Perception des battements de cœur du fœtus.

Perception des parties de l'œuf.

Discutons ces signes au point de vue de leur importance diagnostique,

Signes rationnels. — Il faut mettre en premier lieu la suppression des règles ; en effet, quand une femme habituellement bien réglée voit ses règles se supprimer à une de ses époques sans aucune cause appréciable, on doit penser à un commencement de grossesse. Mais l'énoncé même de ce précepte nous indique qu'il y a des cas où il perd toute sa valeur, notamment chez les femmes dont la menstruation est habituellement irrégulière soit à cause d'un état général mauvais, soit par suite d'une affection des organes génitaux. Schmitt, au commencement de notre siècle, Schroeder, de nos jours, ont voulu établir une sorte de proposition inverse en disant que dans les fausses grossesses les règles sont toujours conservées au moins partiellement et que c'était là un signe distinctif important pour le diagnostic de ces grossesses simulées d'avec la grossesse réelle.

Il suffit de parcourir les observations de grossesses nerveuses que nous avons recueillies pour se convaincre que cette proposition n'a rien d'absolu, car sur 8 cas que nous rapportons dans 6, les règles étaient complètement supprimées, dans un cas elles l'étaient partiellement et enfin dans un cas seulement elles étaient conservées. Si nous ajoutons à ce dernier les 4 cas que nous n'avons pas cru utile de publier et où les règles venaient régulièrement tous les mois, (2 obs. de Schmitt, 1 de Klein et 1 de Tardieu), (1) nous aurons alors 5 fois la conservation complète des règles sur 12 observations, ce qui est moins que 50 0/0.

(1) Villebrun, loc. cit. — Schmitt, loc. cit.

La suppression des règles peut parfaitement être produite par le mécanisme psychique de l'autosuggestion ou de la suggestion exogène et c'est surtout dans les grossesses nerveuses, c'est à dire n'ayant aucun substratum organique que ce phénomène se produit le plus facilement.

On peut donc dire que la suppression des menstrues n'est pas un signe qui à lui seul permet d'affirmer l'existence d'une grossesse véritable. D'autre part leur conservation totale ou partielle ne suffit pas pour éliminer d'emblée l'hypothèse de grossesse, car nous le répétons, les femmes anémiques, nerveuses ou ayant une affection des voies génitales peuvent avoir des hémorrhagies pendant leur grossesse et ces écoulements mensuels peuvent facilement être pris pour de vraies règles ; en outre il y a des femmes qui conservent leur menstruation tout en étant enceintes ; ce sont des cas exceptionnels, il est vrai, mais ils existent. Nous voyons donc que le précepte diagnostique donné par Schmitt et Schröder n'a pas la valeur qu'on voulait lui attribuer.

Nous ne parlerons pas longtemps du grossissement du ventre, car des causes nombreuses et différentes peuvent le produire : tumeurs abdominales, distension de la vessie par l'urine, ascite, pneumatose intestinale ou stomacale, enfin quelquefois tout simplement adipeuse de la paroi abdominale. Et particulièrement en ce qui concerne notre sujet, l'augmentation de volume du ventre simulant une grossesse était produite souvent par ces deux dernières causes combinées.

Dire que les causes nombreuses peuvent distendre la paroi abdominale, c'est dire que l'effacement de la cic-

trice ombilicale et les vergetures qui sont l'effet de cette distension ont peu de valeur pour le diagnostic. Nous voyons, par conséquent, que Mauriceau attache beaucoup trop d'importance au premier de ces signes en disant : « Dans les soupçons douteux de grossesse avancée de 4 ou 5 mois au plus, si l'on trouve que le nombril de la femme soit enfoncé, on peut être assuré qu'elle n'est pas grosse d'enfant ». Il est vrai que Mauriceau ajoute : « et si l'orifice de la matrice est petit et dur ». Nous verrons plus loin que cette dernière constatation a beaucoup plus de valeur diagnostique que la première.

Les troubles de pigmentation spéciaux, l'hypertrophie et la sécrétion des seins, les troubles digestifs et nerveux avec leur ensemble caractéristique se rencontrent fréquemment en dehors de la gestation et en particulier dans les états qui simulent celle-ci. Ils existent presque au complet dans toutes les observations de grossesse hystérique que nous rapportons ; il en manque bien quelques uns par-ci, par-là, mais ce n'est pas l'absence de certains d'entre eux qui a fait faire le diagnostic, car, nous le répétons, ils existaient dans leur ensemble général.

Nous arrivons à un signe qui devrait à première vue nous paraître très important, mais qui en réalité est simulé parfaitement par l'hystérie. C'est la perception des mouvements du fœtus par la mère. Nous verrons que les secousses musculaires, les mouvements des pelotons adipeux du mésentère, enfin des borborygmes intestinaux ont donné souvent l'impression des mouvements actifs du fœtus. Du reste, comme c'est un phénomène subjectif, il

peut parfaitement être créé par l'imagination de la femme. Dans les observations consignées dans notre thèse ce signe existait 6 fois sur 8 (et le plus souvent la main de l'accoucheur appliquée sur le ventre les constatait aussi ; nous reparlerons encore de cette constatation). Ce signe n'a donc pas de valeur pour le diagnostic.

En résumant tout ce que nous avons dit sur les signes rationnels de la grossesse, nous arrivons à cette conclusion qu'ils peuvent exister en dehors de la gestation véritable et en particulier sont susceptibles d'être simulés par l'hystérie.

Signes sensibles. — Nous parlerons en premier lieu du ramollissement du col utérin, car c'est un signe qui peut être constaté avant les autres, c'est-à-dire dans les premiers mois de la grossesse ; il a par conséquent une valeur importante rien que pour cette raison. Mais malgré l'opinion contraire de P. Dubois son absence ne suffit pas pour éliminer d'emblée l'hypothèse de grossesse. Tarnier a vu des exemples où le col restait dur et petit jusqu'à la fin de grossesses indubitables. De l'autre côté, le col peut être ramolli, comme au début de la grossesse, sans que celle-ci existe, à savoir pendant la menstruation (Lisfranc), ou bien chez les femmes atteintes depuis longtemps de leucorrhée ou ayant des néoplasmes de l'utérus. Cependant, en ce qui touche spécialement le sujet de notre travail, nous arrivons à cette conclusion que l'état du col était d'un secours réel pour le diagnostic. Sur 8 observations consignées par nous, l'état du col est noté 5 fois ; il n'était ramolli que dans un seul cas, dans les autres le toucher était négatif. Même remarque pour les observa-

tions de Schmitt, de Klein, de Tardieu que nous ne publions pas, mais pour lesquelles nous renvoyons le lecteur à la thèse de Villebrun (1).

Le toucher vaginal permet d'arriver dans les grossesses nerveuses à une autre constatation non moins importante, à savoir que l'utérus est petit et mobile *et ne contient pas de produit de conception*. On tire cette dernière conclusion de l'absence de ballottement fœtal qui est obtenu généralement dans les derniers mois de la grossesse. De même on n'obtient pas par le même mode d'exploration et à la fin de la grossesse présumée la sensation de la partie qui s'est engagée ou qui s'engage. Au contraire, comme nous l'avons dit, on a généralement ces différentes sensations dans les grossesses vraies. Le ballottement fœtal et la sensation de la partie qui se présente par le toucher vaginal sont donc deux signes très importants de la grossesse. Malheureusement on ne peut les constater que dans les derniers mois de la gestation et ils perdent par cela une grande partie de leur valeur diagnostique, car souvent il est très important de reconnaître une grossesse au début. On peut dire cela en particulier des grossesses nerveuses qui généralement préoccupent beaucoup les femmes ; celles-ci les désirent ou les craignent et par conséquent s'empressent de demander l'avis de l'accoucheur sitôt que le moindre indice leur donne à croire qu'elles pourraient être enceintes.

Un autre signe également très important est la perception par l'accoucheur des bruits du cœur fœtal ; il ne

(1) Loc. cit.

peut pas plus que le ballottement fœtal être simulé par l'hystérie ; mais en revanche il ne peut, comme ce dernier, être constaté que passé le demi-terme et par conséquent ne peut servir au diagnostic du début de la grossesse. De l'autre côté son absence n'est pas toujours suffisante pour rejeter l'hypothèse de grossesse. Une épaisseur considérable de la paroi abdominale, l'hydramnios, ou même certaines positions du fœtus peuvent rendre ce signe difficile à constater. Il peut même arriver, par exception, qu'on le perçoive alors qu'il n'existe pas en réalité ; témoin ce médecin de l'observation de Tarnier qui a même fait entendre au mari de la femme les bruits du cœur d'un fœtus imaginaire (obs. 4). Néanmoins, d'une façon générale et sauf des cas exceptionnels, l'impossibilité de constater les battements du cœur fœtal à l'époque où on devrait les entendre, est un bon signe de la non-existence de grossesse.

Arrivons maintenant aux résultats que donne le palper abdominal dans la grossesse vraie et hystérique. En palpant l'abdomen, on obtient, dans la vraie grossesse, des sensations différentes suivant son époque. Dans les premiers trois mois, on trouve un utérus qui dépasse à peine la symphyse pubienne et on constate difficilement sa consistance ; vers le terme, la matrice s'élève jusqu'à l'appendice xiphoïde et sa consistance est résistante ou d'une mollesse élastique particulière ; on peut alors sentir les parties fœtales et préciser la position du fœtus. Mais il y a un phénomène qu'on obtient par le palper à partir du 4^e mois de la grossesse, c'est le ballottement abdominal ; celui-ci est total jusqu'au 5^e mois, plus tard

il devient partiel, et il est un indice certain de la présence d'un fœtus dans la matrice. En outre, la main de l'accoucheur perçoit souvent au palper des petits chocs qui sont les mouvements actifs du fœtus. La percussion qui n'est en somme qu'un mode particulier du palper permet de délimiter l'utérus dont la matité contraste avec la sonorité que donnent les intestins et l'estomac. Tous ces signes qu'on obtient par le palper abdominal dans la vraie grossesse sont certainement très importants. Cependant, leur absence ne suffit pas toujours pour dire que la grossesse n'existe pas et *vice versa*, la présence de quelques-uns d'entre eux ne permet pas d'affirmer toujours et d'une façon absolue l'existence de la vraie grossesse. Ainsi, l'impossibilité de délimiter l'utérus par le palper, de sentir sa consistance et les parties fœtales et de préciser la position du fœtus peut être due dans la grossesse la plus réelle à l'épaisseur des parois abdominales ; pour la même raison, on peut ne pas obtenir de ballottement fœtal. De l'autre côté, la perception des mouvements actifs du fœtus et le son mat à la percussion ne suffisent pas pour affirmer une grossesse : le premier phénomène peut être simulé par les secousses musculaires ou les borborygmes intestinaux, et le second peut se présenter grâce à l'adipose des parois abdominales ou à la contracture des muscles de ces parois ; il peut encore résulter de la tension trop forte sous laquelle se trouvent quelquefois les gaz dans la pneumatose intestinale. Les mouvements actifs du fœtus étaient notés dans 2 cas une obs. publiée in extenso de Dufay ; une autre de Tardieu rapp. dans la thèse de Villebrun) ; la percussion

donnait un son en partie mat dans 2 cas aussi (obs. 1 et 2).

Ces réserves étant faites il faut dire cependant d'une façon générale que l'absence des signes mentionnés résultant de la palpation et de la percussion est d'une importance considérable et permet dans la plupart des cas d'établir la non existence de grossesse.

Dans le cas où malgré le défaut de ces signes de premier ordre pour le diagnostic de grossesse, comme le ramollissement du col utérin, le ballottement vaginal, le ballottement abdominal, les battements du cœur du fœtus, l'accoucheur reste hésitant, il a encore une ressource précieuse pour dissiper son doute : c'est le chloroforme : il endort la malade et il voit le gonflement du ventre disparaître et souvent en même temps le son qui était en partie mat à la percussion devient tout à fait clair et même tympanique. On doit en définitive toujours recourir à ce moyen en présence des doutes ; il est à peu près inoffensif et il permet de se fixer d'une façon absolue sur le diagnostic véritable.

Comme nous l'avons vu dans le chapitre « Description », quelquefois la grossesse nerveuse suit son cours et arrive à terme si le médecin traitant n'a pu arriver jusqu'à cette époque à se fixer sur sa nature véritable, l'évolution vient la lui montrer. Le terme est dépassé sans que le travail commence ; ou bien les douleurs arrivent et confirment tout d'abord le diagnostic de grossesse, mais elles ne donnent pas lieu à l'expulsion de fœtus et il devient évident pour le praticien qu'il a été victime d'une illusion.

DEUXIÈME PARTIE

Difficultés que présente le diagnostic des tumeurs-fantômes avec les tumeurs réelles.

On ne peut pas considérer le diagnostic des tumeurs de l'abdomen dans une vue d'ensemble comme on ne peut en faire une description générale ; elles diffèrent trop l'une de l'autre suivant leur origine, leur siège etc. ; les symptômes d'un kyste de l'ovaire ne ressemblent pas à ceux d'un kyste hydatique du foie, etc. Pour la même raison nous ne pouvons pas étudier d'une façon générale le diagnostic des états hystériques qui simulent ces tumeurs et nous sommes obligés de diviser notre étude en plusieurs parties suivant que l'hystérie crée le tableau de telle ou telle autre de ces affections.

Prenons le cas dont nous possédons le plus grand nombre d'observations, à savoir un kyste de l'ovaire simulé par l'hystérie.

Pour montrer quels sont les détails qui peuvent mettre le praticien sur la voie du diagnostic, énumérons d'abord les symptômes et les signes habituels des kystes de l'ovaire. Ces signes tant subjectifs qu'objectifs résultent soit directement du développement de ces tumeurs, soit d'une façon indirecte de la compression qu'elles exercent sur les organes voisins.

Signes directs. — A l'inspection : Augmentation de volume du ventre.

Au palper : Tumeur arrondie à convexité supérieure, à surface lisse, à consistance ferme, rénitente, quelquefois fluctuante.

A la percussion : Matité dont la limite supérieure représente une ligne courbe à convexité tournée en haut ; cette matité ne change pas les diverses positions de la malade.

Toucher vaginal : Quelquefois (quand le kyste est contenu dans le petit bassin) il permet de constater l'existence d'une tumeur dans un des culs-de-sacs.

Toucher rectal : On sent quelquefois la tumeur à travers la paroi du rectum.

Signes subjectifs. — Douleur à la pression ou spontanée (kystes dermoïdes).

Signes de compression. — Sensation de pesanteur dans le bas-ventre, quelquefois douleurs, constipation, difficulté d'uriner, dyspnée.

Commençons par les signes de compression pour montrer tout de suite qu'ils se rencontrent presque tous dans ces tumeurs-lantômes et qu'ils ont par conséquent très peu de valeur pour le diagnostic. Dans les observations recueillies par nous la sensation de pesanteur dans le bas-ventre, des douleurs même est notée (obs. de Livet, de Terrillon, 9, 10) ; rien d'étonnant à cela ; ce sont des phénomènes subjectifs qui peuvent par conséquent être créés par l'hystérie ; les algies de diverses sortes sont un des symptômes habituels de cette névrose. La constipation existait aussi dans quelques cas (obs. de Terrillon, 10). La dyspnée, résultat du refoulement du diaphragme par la tumeur, existe quelquefois dans les états hystériques simulant celle-ci, notamment dans le tympanisme intestinal ou stomacal qui est un des modes de production de ces tumeurs simulées.

Donc tous ou presque tous les symptômes dits de compression peuvent exister dans les faux kystes de l'ovaire hystérique.

Quant aux signes directs ils sont les plus importants et eux aussi se trouvent presque au complet dans les kystes de l'ovaire simulés par l'hystérie.

L'augmentation du ventre et la forme arrondie de la tumeur apparente sont produites le plus souvent par la pneumatose intestinale d'origine hystérique. Rien ne manque au diagnostic : la surface est lisse, comme celle d'un ballon rempli d'air, la consistance plus ou moins ferme ou fluctuante dépend de la tension plus ou moins forte des parois abdominales dans le tympanisme. Ajoutons qu'une couche considérable de graisse dans la paroi du ventre, la pression forte sous laquelle se trouvent les gaz dans l'intestin, enfin les contractures partielles des muscles abdominaux peuvent parfaitement créer une matité typique.

Il résulte de tout ceci que le tableau est tout à fait celui d'un kyste de l'ovaire et qu'il est presque impossible de reconnaître que l'on a affaire à une tumeur-fantôme. Cependant on peut arriver à faire le diagnostic à condition de pratiquer un examen soigneux et de ne pas s'arrêter à la première impression et aux premières constatations.

D'abord dans quelques cas on apprend de la malade que la tumeur change de volume de temps en temps, qu'elle augmente par exemple pendant les époques menstruelles et diminue après. C'est un phénomène qui ne se présente pas dans les tumeurs véritables. Puis l'âge de la malade

(souvent il s'agit de jeunes filles) n'est pas en rapport avec le volume présumé de la tumeur. Ces deux détails peuvent déjà inspirer quelques doutes (obs. du D^r Livet). On n'arrive pas à bien délimiter la tumeur par la palpation. Par la percussion on obtient une zone de matité qui est quelquefois typique ; mais dans d'autres cas on fait cette remarque que la limite supérieure de cette zone mate ne correspond pas tout à fait à la limite de la tumeur donnée par la palpation ; en outre on n'obtient pas la sensation de flot bien nette, habituelle dans les kystes ovariques. (V. l'obs. de Terrillon 10)

Le toucher vaginal et rectal sont toujours négatifs ; ce détail n'est pas suffisant pour affirmer que la tumeur n'existe pas, mais il acquiert plus d'importance si on l'associe aux autres anomalies et lacunes que donne l'examen.

Ce caractère un peu indécis des signes, quelques phénomènes anormaux dans l'évolution de la tumeur, la considération du volume de celle-ci par rapport à l'âge de la malade, enfin — résultats négatifs du toucher, — tout cela laisse un doute dans l'esprit. On procède encore une fois à la palpation ; on fait un massage méthodique de la tumeur, et on peut arriver quelquefois à fatiguer par cette pression continue les muscles abdominaux contracturés ; alors, la main pénètre profondément jusqu'à la colonne vertébrale, et on se rend compte qu'il n'existe aucune tumeur (v. l'obs. du docteur Livet, 9).

Mais cette manœuvre ne réussit pas toujours. Pour savoir à quoi s'en tenir et pour rendre plus facile la palpation, on soumet la malade à l'anesthésie chloroformique ;

sitôt que le sommeil se produit, la tumeur disparaît, la main, en palpant, arrive à constater facilement que la cavité abdominale et pelvienne sont libres ; la percussion donne un son parfaitement clair.

En définitive, c'est le chloroforme qui fait faire le diagnostic. Quelques détails anormaux ou absents dans l'examen, la présence de quelques symptômes de l'hystérie chez le malade, ne font que soulever le doute. Souvent même, il n'y a rien dans les signes qui ne soit pas en accord complet avec l'hypothèse de kyste ovarique : tout concourt à induire en erreur et même l'examen le plus attentif ne suffit pas pour la faire éviter : plusieurs fois, les opérations ont été faites pour extirper les tumeurs qui n'existaient pas. Spencer Wells, Carter, Thiriar en rapportent des observations, et la malade de M. le docteur Livet, dont nous citons le cas, n'a échappé à cette perspective que grâce à la sagacité du médecin.

La seconde variété de tumeurs fantômes qui s'est présentée à l'observation des cliniciens, c'est le faux kyste hydatique du foie, simulé par la contracture hystérique du diaphragme et des muscles abdominaux. C'est le cas de Potain et de Moizard (obs. 14 et 15).

Les signes subjectifs des kystes hydatiques du foie, tant que ceux-ci ne sont pas suppurés, se réduisent à presque rien : quelques douleurs insignifiantes, dans l'hypochondre droit, quelques troubles digestifs. Les signes objectifs sont : voussure de la région hypochondriaque droite, surface lisse, consistance rénitente de la tumeur, matité se confondant avec celle du foie.

Tous ces signes tant subjectifs qu'objectifs ont été

simulés par l'hystérie dans les observations mentionnées. Ce qui a fait faire le diagnostic, c'est encore l'examen attentif et définitivement le chloroforme. La limite supérieure du foie était abaissée à la percussion, ce qui faisait perdre une grande partie de sa valeur diagnostique à ce fait que la matité hépatique dépassait le rebord des fausses côtes ; on pouvait constater une contracture des muscles transverse et oblique de l'abdomen, une parésie des grands droits, une ensellure lombaire avec incurvation latérale de la colonne vertébrale (résultat d'une coxalgie dans le cas de Potain), une contracture des muscles sacro-lombaires, enfin le malade présentait quelques symptômes de l'hystérie ; en outre, les ponctions exploratrices sont restées sans résultat (Potain).

Ces constatations ont soulevé des doutes sur la nature véritable du prétendu kyste hydatique, elles ont déterminé à donner du chloroforme à la malade et la tumeur a disparu sitôt que l'anesthésie a été complète pour revenir aussitôt qu'elle a cessé.

Nous avons encore trouvé dans la littérature 2 cas où la tumeur fantôme siégeait à l'épigastre et dans la région hypochondriaque gauche ; dans le premier de ces cas elle s'accompagnait de tous les symptômes habituels du cancer de l'estomac (douleur à l'épigastre, vomissements alimentaires fétides ou contenant du sang caillé, cachexie spéciale) et au palper on trouvait une tumeur petite, dure, bosselée, douloureuse à la pression. On songeait à faire une opération, mais pour s'assurer définitivement de la présence et des limites de la tumeur on a donné du chloroforme qui a fait disparaître l'illusion. Le doute était

soulevé dans ce cas par la difficulté même de délimiter la tumeur qui était formée probablement par la contracture des muscles grands droits ; les symptômes fonctionnels du cancer de l'estomac étaient dûs à la dyspepsie (Obs. 16).

Le second cas simulait à s'y méprendre une tumeur de l'hypochondre gauche, rein ou rate flottants ou un néoplasme de ces organes. Mais l'absence complète de symptômes accompagnant ces affections ne permettait d'admettre aucun de ces diagnostics. Il s'agissait ici probablement comme dans le 1^{er} cas de contractures des muscles abdominaux. La tumeur a disparu d'elle-même par le traitement dirigé contre l'anémie (obs. de Greenhow, N° 17).

En jetant un coup d'œil général sur les cas de tumeurs fantômes que nous venons d'analyser, nous voyons que l'on a pu reconnaître leur nature véritable, grâce à un examen attentif : celui-ci dévoilait dans chaque cas particulier quelques anomalies dans les signes, quelques lacunes ; en même temps il faisait constater la présence chez les malades des symptômes d'hystérie ; le désir de rendre l'exploration plus facile faisait recourir à l'anesthésie chloroformique et c'est cette dernière qui dissipait tous les doutes.

Ajoutons que l'évolution ultérieure de ces tumeurs simulées, leur disparition spontanée ou provoquée par la suggestion, par des émotions violentes (obs. de Bernheim et de Thiriar, 19 et 12), jouait quelquefois le rôle qui est départi au chloroforme dans la plupart des cas.

Etiologie, Pathogénie

Toutes les interprétations qu'on a données sur la nature des grossesses nerveuses et des tumeurs fantômes sont basées sur cette thèse générale que les femmes qui présentent ces phénomènes sont des hystériques. Et d'abord, est-ce que c'est toujours chez les femmes qu'ils se produisent ? Non, puisque L. Tait et Sp. Wells affirment avoir observé des faits analogues chez les hommes et qu'une des observations citées par nous d'après Leube se rapporte à un homme chez qui une contracture des muscles abdominaux associée à la dyspepsie simulait un cancer de l'estomac. Mais d'une façon générale c'est des femmes qu'il s'agit, tantôt des femmes âgées se rapprochant de la ménopause, tantôt des femmes jeunes et quelquefois même des vierges (obs. de Livet, 9, un cas cité par L. Tait).

Ces femmes ont présenté dans toutes les observations recueillies par nous des symptômes d'hystérie indubitable. Analysons à ce point de vue les cas rapportés.

Dans notre observ. personnelle (1) il y a hérédité nerveuse, crises hystériques dans le passé, impressionabilité, anesthésie pharyngienne.

La jeune fille de Rendu de Lyon, (obs. 2), est sujette aux palpitations de cœur, sans que par l'auscultation on découvre aucune lésion organique ; elle a des sensations

d'étouffement et des douleurs cissemées dans les membres et surtout au sommet de la tête, (clou hystérique).

La malade de Legrand du Saulle (obs. 8) présente la sensation de boule hystérique, de l'ovarialgie, des tremblements dans la voix provoqués par les émotions ; elle souffre de maux de tête, de palpitations nerveuses ; à la fin de son séjour à l'hôpital elle a une attaque de nerfs à la suite d'une discussion.

Boinet dit à propos de la femme qui fait le sujet de l'observation de Dufay (3) qu'elle lui a paru éminemment hystérique.

La malade du Dr Livet que nous avons pu voir à la Salpêtrière dans le service de M. le Professeur Raymond présentait l'anesthésie du côté gauche, l'asymétrie des regards ; elle avait des antécédents héréditaires nerveux.

Dans le cas de Terrillon il y avait des plaques d'anesthésie à gauche, une diminution de sensibilité pharyngienne, des bizarreries de caractère (obs. 10).

M. Potain note peu de symptômes hystériques chez sa malade, si ce n'est une certaine diminution de sensibilité à la douleur du côté gauche. Mais l'évolution de la tumeur démontre que c'était une hystérique. En outre une série de plusieurs petites crises de nerfs survenues chez cette femme par suite du voisinage d'une hystérique à grandes attaques démontre le bien fondé de cette supposition. M. Potain n'était pas éloigné de penser même que la coxalgie dont souffrait sa malade était en partie au moins de nature hystérique. (obs. 14).

La femme de l'observation de Krukenberg (18) présentait des crises fréquentes d'hystérie ; celles-ci sont deve-

nues même journalières dans les dernières années de sa maladie. C'était une anémique. Dans le cas rapporté par Bernheim les symptômes d'hystérie existaient au complet : crises avec délire et hallucination, tremblements, facilité à être hypnotisée et suggestionnée etc. (19).

Dans les autres cas que nous n'avons pas rapportés il s'agissait aussi de femmes tantôt nettement hystériques (obs. de Klein), tantôt nerveuses (obs. de Schmitt). (1)

Le caractère hystérique des grossesses nerveuses ressort encore des circonstances qui accompagnent généralement leur production ; elles apparaissent d'ordinaire chez les femmes nerveuses qui approchent de la ménopause et qui malgré cela désirent ardemment une grossesse ou la craignent. Quant aux tumeurs-fantômes on peut en dire la même chose : pour une cause quelconque les femmes sentent quelque chose d'anormal, une gêne, une pesanteur dans le bas-ventre ; l'idée qu'une tumeur de l'abdomen pourrait se développer chez elles obsède leur esprit.

C'est par une véritable auto-suggestion que sont créés ces phénomènes bizarres et l'on sait que c'est le propre de l'hystérique d'être suggestible au point que l'idée suggérée produit chez elle tout un ensemble des phénomènes qui la réalisent pour ainsi dire. D'après le Dr Thiriar, c'est dans les familles des opérées d'ovariotomie que les faux kystes de l'ovaire hystériques apparaissent ordinairement ; une sœur ou une fille de l'opérée s' imagine que l'affection est héréditaire, qu'elle-même pourrait l'avoir et voilà le tableau

(1) V. la thèse de Villebrun et le recueil de Schmitt.

de la tumeur créé (obs. 2). Un autre caractère qui prouverait suffisamment, s'il en était besoin, que ces états sont bien hystériques, c'est que ces prétendues tumeurs et grossesses disparaissent sous l'influence du chloroforme, de la suggestion, de la peur (Livet, Terrillon, Potain, Moizard, Thiriar, Bernheim, obs. 9, 10, 14, 15, 12, 19).

Cette nature hystérique de ces grossesses et de ces tumeurs apparentes a frappé les premiers observateurs ; de là le nom de grossesse donné par un d'eux, Girard de Lyon.

Mais s'il est établi que c'est l'hystérie qui crée ces états trompeurs, le point de savoir quel est le mécanisme prochain de leur production est loin d'être élucidé. Les observations et les expériences qui ont été faites à ce point de vue, nous amènent à 4 interprétations différentes. On peut diviser celles-ci en deux groupes suivant que l'on admet pour expliquer ces phénomènes la pneumatose intestinale ou les contractures et les paralysies musculaires.

1^{er} groupe. — Pneumatose intestinale ou stomacale

1^{re} théorie. — Une quantité exagérée de gaz apparaît dans le tube intestinal ou dans l'estomac et distend ses parois de façon à ce que le ventre devienne ballonné.

Cette hypothèse a pour elle le fait signalé par Pomme et particulièrement par Brodie (1) que « si la gêne produite par le ballonnement du ventre est tellement grande que le

(1) Leçons sur les affections nerveuses locales, trad. franç. p. 37).

médecin prescrive un bain chaud, on constate dans les cas de distension considérable ce phénomène remarquable qu'au lieu d'aller au fond du bain, la malade surnage sur l'eau ». Et Brodie dit plus loin :

« Si on introduit dans le rectum un tube élastique et qu'on exerce une certaine pression sur l'abdomen, on peut faire passer quelquefois les gaz à travers le tube jusqu'à faire reprendre à l'abdomen ses dimensions normales; au bout de quelques heures néanmoins les gaz s'accumulent de nouveau. »

Dans quelques cas, d'après Cadet (1) on a pu faire diminuer le volume du ventre par une ponction de l'intestin. Du reste, le fait qu'il existe souvent des gaz en quantité dans le tube digestif des hystériques est établi par les auteurs. Mais dans ce tympanisme hystérique simulant les grossesses et les tumeurs les gaz sont-ils produits dans l'intestin lui-même ou peuvent-ils y être introduits par la déglutition de l'air atmosphérique? Celui-ci avalé soit pur, soit avec les aliments ne peut-il pas franchir la valvule pylorique et distendre l'intestin outre mesure? — Lawson Tait admet ce mécanisme; il dit même que dans ces cas les gargouillements qui se produisent dans l'intestin de ces femmes servent de signe de diagnostic propre à préserver le clinicien de l'erreur possible. « Si l'on oblige les malades, dit Lawson Tait, à causer pendant 15-20 minutes sans qu'elles puissent renouveler leur provision d'air, les gargouillements cessent entièrement et la malade diminue notablement de volume ». Pour rendre

(1) Pneumatose hystérique gastro-intestinale. Th. de Paris, 1871. — Obs. 2.

son explication plus probante encore, l'auteur rapporte un fait tiré des observations sur les femelles des animaux : une jument chaque fois qu'elle voulait éviter de travailler, produisait une augmentation de volume de son ventre ressemblant à l'hydropisie ; pour ce but elle fixait ses dents inférieures sur un corps solide et avalait de l'air de cette façon (1). — M. le Professeur Potain admet aussi dans sa clinique publiée dans la *France Médicale* de 1879, que les hystériques pendant leurs attaques introduisent de l'air dans leurs voies digestives par les mouvements de déglutition et que cet air sort plus tard par l'éruclation. Cadet (loc. cit.), semble admettre le même phénomène ; à l'appui de la possibilité du passage de l'air dégluti de l'estomac dans l'intestin il cite le cas d'un jeune conscrit qui avait de l'air et météorisait ainsi son ventre ; quand on distrayait l'attention de ce jeune homme ou quand on le faisait causer pendant un certain temps, l'air n'était plus avalé et le ventre s'affaissait ; en même temps ce soldat présentait du hoquet qui ne constituait peut-être que l'éruclation de l'air introduit antérieurement dans l'intestin. — Ebstein (2) donne 2 observations dans lesquelles la distension exagérée du ventre a été produite par le passage de l'air dégluti de l'estomac dans l'intestin par suite d'une insuffisance du pylore. Cette dernière a encore été démontrée par l'expérience suivante : on a fait avaler à deux sujets dont il s'agit 2 doses successives d'acide acétique et

(1) *Traité des maladies des ovaires*, trad. fr., p. 269 (éd. 1836).

(2) *Contribution à l'étiologie de la tympanite abdominale des hystériques qui affecte une évolution aiguë*. — *Névrol. Centralblatt*, 1873, analysée in *Annales de névrologie*, 1884, t. VIII.

de bicarbonate de soude ; on vit alors chez les deux individus sous l'influence du dégagement de CO^2 se gonfler non seulement l'estomac, mais encore le ventre.

2^{me} théorie. — La quantité de gaz n'est pas augmentée dans l'intestin, mais celle qui y était auparavant acquiert une force d'extention plus grande par suite de la paralysie des tuniques intestinales, d'où ballonnement du ventre.

Cette théorie est rendue plus probable que la précédente par le fait suivant : c'est que quand on soumet les malades à l'anesthésie chloroformique ou même tout simplement sous l'influence de la suggestion ou d'une attaque d'hystérie, le ventre s'affaisse sans que le moindre gaz soit rendu par l'anus ou par la bouche. S'il y avait production de nouvelle quantité de gaz, le fait que nous venons d'exposer serait tout à fait incompréhensible à moins d'admettre que ces gaz nouvellement formés puissent être resorbés instantanément ce qui est peu probable. On doit donc admettre une autre hypothèse et c'est celle d'une paralysie des tuniques intestinales : celles-ci possédant à l'état de santé une tonicité suffisante pour vaincre la force d'expansion des gaz accumulés normalement dans le tube digestif, perdent cette propriété sous certaines influences et se laissent distendre par ces gaz. Et alors le fait que le ventre ne s'affaissait pas par la ponction capillaire des intestins qui a été pratiquée plusieurs fois dans ces cas. s'explique de la façon suivante : l'intestin dont les tuniques sont paralysées présente des coudures qui forment des sortes de valvules le divisant en autant de compartiments qui ne communiquent pas entre eux ; dans ces conditions si l'on fait une ponction capillaire, le trocart pénètre dans un de

ces compartiments qui est vidé, tandis que les autres restent distendus. (1)

2^{me} groupe. — Paralysies et contractures.

3^{me} théorie. — Il se produit une paralysie des muscles de la paroi abdominale qui ne pouvant plus résister à la pressions des intestins distendus par les gaz se relâchent dans toutes leur étendue ou d'une manière partielle et déterminent ainsi l'apparence d'une tumeur abdominale ou d'une grossesse.

On voit, par l'énoncé de cette théorie, que ce mécanisme, s'il existe, doit coïncider, le plus souvent, avec le tympanisme intestinal, car les muscles des parois abdominales, même paralysées, ne peuvent produire l'apparence d'une tumeur que s'ils sont pressés de dedans en dehors par quelque chose qui se trouve dans l'abdomen et ce quelque chose n'est généralement que les intestins distendus par les gaz.

Pourtant, on peut supposer encore un autre agent qui produit la pression sur les muscles paralysés ; ce sont tous les viscères abdominaux, dans le cas de contracture du diaphragme, de certains muscles abdominaux et du rachis coexistant avec le relâchement, paresse ou paralysie des autres muscles de la paroi du ventre. Mais ceci constitue la quatrième théorie à laquelle nous passons.

Quatrième théorie. — Certains muscles de l'abdomen, quelquefois aussi ceux du dos, et surtout le dia-

(1) Cadet. Loc. cit.

phragme, se contracturent, les autres se paralysent ou se relâchent, les organes abdominaux pressés par les muscles contracturés font hernie et soulèvent les muscles paralysés, d'où encore la même apparence, d'un ventre contenant une tumeur ou un utérus gravide.

Cette théorie rend le mieux compte de la plupart des faits observés.

Dans quelques-uns de ceux que nous avons cités, on a pu conclure directement à l'existence de la contracture partielle des muscles abdominaux, soit par la palpation, soit parce que le son était mat à la perception dans telles ou telles parties de l'abdomen et clair dans les autres (obs. de Terrillon, de Potain, 10, 14). La percussion des mouvements actifs du fœtus par l'accoucheur dans les cas de grossesses nerveuses, ne pourrait s'expliquer que par cette théorie et alors il faudrait admettre, comme cause prochaine de cette illusion, les secousses, les contractions partielles et brusques des muscles abdominaux perceptibles par la main de l'accoucheur (obs. de Dufay). Les mêmes secousses sont notées dans quelques observations se rapportant aux tumeurs-fantômes, notamment dans celle de M. le professeur Potain (14).

La disparition des tumeurs et des grossesses hystériques par l'anesthésie chloroformique, par la suggestion ou les émotions, concorde aussi avec l'hypothèse des contractures musculaires. Sous l'influence de ces différentes manœuvres, les muscles contracturés se relâchent et le gonflement du ventre disparaît, le son devient complètement clair à la percussion.

Mais, si l'on admet ce mécanisme des contractures

Kheifetz 4

partielles s'accompagnant de paralysies également partielles, quels sont les muscles dont il faut faire intervenir l'action ?

Il ne peut pas y avoir évidemment à cette question de réponse générale et applicable à tous les cas observés. Ainsi dans l'un d'eux ce sont les muscles obliques et transverses de l'abdomen du côté droit qui étaient contracturés en même temps que le diaphragme et les masses sacrolombaires, tandis qu'il existait sinon paralysie, du moins relachement des muscles grands droits (obs. de Potain 19) ; dans un autre cas ces derniers muscles étaient contracturés dans leur portion inférieure et paralysés dans leur portion supérieure (cas de Moizard obs. 15) ; dans l'observation de Leube le cancer de l'estomac était simulé probablement aussi par la contracture du muscle grand droit dans sa partie supérieure ; la tumeur de l'hypocondre gauche de la malade de Greenhow n'était sans doute autre chose qu'une contracture douloureuse des muscles oblique et transverse (obs. 17) ; il est difficile de dire lesquels des muscles abdominaux étaient contracturés chez la jeune fille de Terrillon ; dans tous les cas la contracture existait dans leur portion inférieure, tandis que la portion supérieure était plutôt relachée ; dans un des cas rapportés tous les muscles abdominaux étaient paralysés et il existait au contraire une contracture des muscles de la colonne vertébrale avec une lordose qui faisait proéminer le ventre en augmentant la pression intraabdominale (obs. de Krukenberg 18). Enfin, — et c'est ce dernier mécanisme qui entre le plus souvent en jeu d'après la plupart des auteurs — le diaphragme contracturé refoule en bas les

viscères abdominaux qui en soulevant fortement la paroi abdominale produisent l'apparence d'une tumeur ou d'une grossesse (Bernheim, Talma d'Utrecht, Potain, Lawson Tait). Ce dernier auteur n'admet ce mécanisme que pour un certain groupe de femmes présentant des grossesses nerveuses ou des tumeurs-fantômes et réserve pour un autre groupe la théorie du tympanisme intestinal par déglutition de l'air atmosphérique.

Voici comment s'exprime Lawson Tait : « Chez cette catégorie de femmes..... la distension est produite entièrement par un mode particulier de fixation des muscles dans lequel le diaphragme joue probablement le principal rôle. Pour distendre les parois de l'abdomen, la première chose à faire est de fixer le diaphragme à un niveau aussi bas que possible, puis quand cela est fait, la respiration peut se faire par les côtes seules. Le temps pendant lequel cette espèce de respiration peut se faire est très court chez l'homme, mais il est pratiquement illimité chez la femme, ce qui est dû à ce que la femme respire surtout suivant le mode costal supérieur. Après avoir fixé ses muscles de cette façon, une femme n'a qu'à renverser ses épaules en arrière, son bassin en avant et si ses vêtements sont lâches, elle paraît être enceinte. » — Dans la clinique intéressante que M. Potain a consacrée à cette question, en 1879, à propos de la malade dont nous avons cité l'observation, nous trouvons les données suivantes : la percussion de la tumeur apparente que présentait cette jeune fille à l'hypochondre droit, indique que « le foie s'élève dans la région thoracique et qu'il se confond sans aucune démarcation avec la tumeur de l'hypochondre » ; la limite supé-

rière du foie indiquée par la percussion, commence très bas, de sorte que la hauteur totale de l'organe ne semble pas accrue, bien que la matité s'étende au-dessous des côtes. Il faut ajouter que la respiration a, comme il est de règle chez la femme, le type costal supérieur, mais que de plus, les mouvements du diaphragme sont nuls ou presque nuls. L'auteur explique le mécanisme de production de la fausse tumeur de la façon suivante. Elle était produite par plusieurs agents :

1° Par la contracture des muscles oblique et transverse de l'abdomen accompagnée de paralysie des grands droits.

2° Par la lordose (conséquence de la coxalgie).

3° *Par la contracture du diaphragme.*

Ce dernier point est démontré par l'absence de respiration diaphragmatique, par le niveau très bas où se constate la limite supérieure de la matité hépatique et d'une façon plus formelle par les changements observés pendant l'anesthésie chloroformique ; de plus la faradisation des grands droits provoquait des contractions assez énergiques pour repousser le foie en haut et le chasser de la région où il se trouvait refoulé et où il contribuait pour la plus grande part à former cette masse globuleuse et saillante qui en avait imposé pour une tumeur.

Le Professeur Bernheim, de Nancy, fait aussi jouer un grand rôle dans la production de ces phénomènes hystériques à la contracture du diaphragme. Son observation citée par nous est très intéressante sous ce rapport, car l'auteur produisait à volonté chez sa malade par la suggestion le gonflement et le dégonflement du ventre et

pouvait ainsi l'explorer dans ces deux états différents. Et voici les constatations importantes qu'il a faites :

« La suggestion fait disparaître le tympanisme sans émission de gaz.

« Le tympanisme n'est pas dû à une cambrure lombaire, car le sujet couché sur un plan horizontal ou debout appuyé contre un mur le réalise aussi bien ; d'ailleurs la mensuration montre l'augmentation de la circonférence.

« Le ventre est sonore à la percussion.

« Quand le ventre est gonflé, la respiration est costale ; le son thoracique ample et tympanique ; elle redevient costéo-abdominale, quand le ventre est dégonflé et le son thoracique prend un timbre moins tympanique.

« La percussion thoracique pratiquée pendant le gonflement et après le dégonflement du ventre, montre que le diaphragme et le bord inférieur du poumon sont beaucoup plus bas sur la ligne axillaire pendant la tympanite. Donc le diaphragme s'abaisse quand le ventre augmente et remonte quand le ventre s'affaisse. »

Il ne s'agissait évidemment pas dans le cas rapporté d'une vraie tympanite, car aucun gaz n'était rendu pendant l'affaissement du ventre ; « mais de l'autre côté, dit M. Bernheim, on ne peut pas faire intervenir uniquement la contracture du diaphragme, car l'abaissement pathologique du diaphragme par un épanchement pleural, par une tuméfaction du parenchyme pulmonaire ou la présence d'une tumeur hépatique ou splénique volumineuse qui refoule les intestins plus que ne le fait l'abaissement aussi prononcé que possible du diaphragme, ne produi-

sent pas d'ordinaire une augmentation aussi notable de la circonférence de l'abdomen. » Il faut donc faire intervenir encore un autre facteur. Ce dernier ne consiste-t-il pas « dans un état particulier de la musculature abdominale qui perd sa tonicité et se laisse distendre par élasticité comme une balle de caoutchouc ? »

Nous voyons donc, en définitive, que M. Bernheim admet la présence des deux facteurs : d'une part, la contracture du diaphragme ; de l'autre, la parésie ou le relâchement des muscles abdominaux.

C'est là, probablement, d'après l'auteur, le mécanisme des grossesses dites nerveuses.

C'est aussi l'opinion du professeur Talma d'Utrecht qui rapporte une observation tout-à-fait semblable à celle de M. Bernheim.

Mais il reste encore un point qu'il serait intéressant de s'expliquer : sous quelles influences se produisent ces contractures et ces paralysies, en d'autres termes quelles en sont les causes occasionnelles ? Si l'on en croit certains auteurs (L. Tait, Thiriar), les femmes hystériques pourraient produire volontairement des contractures permanentes des muscles abdominaux ; elles le feraient pour se donner l'air des femmes enceintes et pour attirer sur elles l'attention de l'entourage.

Dans d'autres cas, c'est involontairement, d'une façon subconsciente pour ainsi dire que ces phénomènes se produisent : c'est une auto-suggestion qui réalise le désir ou la crainte de grossesse ou de tumeur abdominale.

Enfin, dans certains cas, ces contractures et ces paralysies sont des phénomènes d'ordre réflexe : c'est une

irritation des organes génitaux profonds, du tube digestif distendu par des gaz, une ascite, etc. qui servent de point de départ à un réflexe nerveux produisant ces troubles moteurs (Terrillon, Thiriar).

Nous en avons fini avec les théories qui ont été données pour expliquer le mode de production des grossesses nerveuses et des tumeurs-fantômes. Il est évident qu'aucune d'elle n'est applicable à tous les cas. Il y a des faits où il s'agissait de vraies tympanites : ce sont ceux dans lesquels les gaz sont émis par la bouche ou par l'anus quand le ventre s'affaisse sous l'influence du chloroforme ; dans d'autres cas, il ne s'agit que de paralysie des tuniques intestinales, car il n'y a pas eu d'émission des gaz, quand le gonflement du ventre disparaissait ; dans certaines observations, il faut évidemment faire intervenir la contracture du diaphragme avec paralysie des muscles de la paroi abdominale ; quelquefois, il faut mettre en cause la contracture de quelques-uns de ces derniers muscles avec paralysie des autres ou une contracture de ces muscles dans une portion et leur paralysie dans une autre ; enfin, les cas ne sont probablement pas très rares, où il existe une lordose avec ou sans contracture des muscles du rachis produisant une élévation de la pression intra-abdominale ; ce qui grâce à la parésie des muscles abdominaux crée l'apparence d'une tumeur.

En outre, il y a des faits où on doit faire jouer un certain rôle à tous ces facteurs. Contracture du diaphragme, lordose avec ou sans contracture des muscles rachidiens, paralysie de la paroi abdominale et peut-être même aussi tympanite (cas de Potain).

Nous devons donc conclure de cette courte étude sur la pathogénie, que :

1° Il n'y a probablement pas de mécanisme unique qui explique la production de tous les faits.

2° Que chaque théorie est applicable à tel ou tel cas en particulier et non pas à la généralité des cas ; que souvent plusieurs d'entr'elles doivent être invoquées.

3° Que généralement ce sont des phénomènes d'ordre psychique ou réflexe.



Pronostic et Traitement

Le pronostic découle du caractère mobile des tumeurs fantômes et des grossesses nerveuses. Comme toutes les manifestations de l'hystérie elles disparaissent du jour au lendemain spontanément ou sous l'influence d'un des agents suivants : suggestion, émotions, crises de nerfs, enfin anesthésie chloroformique. Elles ne sont pas graves par elles-mêmes, mais elles tiennent souvent les femmes dans un état d'inquiétude bien compréhensible.

Le traitement consiste, par conséquent, en première ligne dans l'anesthésie chloroformique, puis dans la suggestion. Il faut ajouter que les mêmes phénomènes hystériques sont très sujets à récides et réapparaissent souvent dans un délai plus ou moins prochain suivant les cas (obs. de Livet, de Potain, etc.).



OBSERVATIONS

Observation 4

(Personnelle)

Recueillie dans le service du professeur Tarnier.

Pneumatose intestinale

Madame X..., âgée de 31 ans, *nullipare*.

A. H. — Père et mère vivants et bien portants. Néanmoins, en interrogeant la malade, on note que sa mère est un peu nerveuse, qu'elle s'irrite assez facilement, et qu'elle a eu des attaques de nerfs.

Une sœur vivante, bien portante, mais nerveuse également.

A. P. — La malade est d'une bonne santé, mais aussi loin qu'elle se rappelle, elle dit qu'étant enfant elle a toujours été nerveuse.

Réglée à 16 ans, assez régulièrement, elle a eu pour la première fois une attaque de nerfs à l'âge de 17 ans, à la suite d'une discussion assez vive avec sa mère. Depuis elle a eu des attaques de nerfs à différentes reprises (2 ou 3 par an). De plus, la malade dit qu'elle est très impressionnable, qu'elle pleure et rit facilement.

Mariée à l'âge de 21 ans, c'est-à-dire il y a 10 ans, elle n'a jamais eu d'enfant et a toujours désiré en avoir.

Malgré les quelques troubles nerveux que nous venons de signaler ci-dessus, elle a toujours été bien portante jusqu'au mois

de mai de l'année dernière. A cette époque, sans cause appréciable, la malade commence à ressentir des troubles comparables à ceux d'une grossesse au début : maux de cœur, nausées, bizarreries d'appétit ; en même temps son ventre commence à grossir, mais d'une façon un peu anormale, tantôt il est très gros, le lendemain il a diminué de moitié. Sensation de lourdeur et de pesanteur dans le bas du ventre. Les règles persistent et conservent leur caractère habituel de régularité et d'abondance.

Pas de modifications du côté des seins, ni du côté des organes génitaux (au dire de M^{me} X...).

Ennuyée de cet état, M^{me} X... se décide à consulter une sage-femme à la fin du mois de juin 1896. Celle-ci, après l'avoir examinée déclare que M^{me} X... est vraisemblablement enceinte de deux mois environ.

L'état reste stationnaire pendant un certain temps, c'est-à-dire que les malaises persistent, le ventre grossit, mais malgré cela les règles réapparaissent régulièrement tous les mois.

Préoccupée de son état et craignant d'avoir une tumeur dans le ventre, Madame X... se rend au mois de septembre à l'Hôpital Saint-Antoine où un médecin lui conseille d'aller à la consultation de chirurgie. On ne porte pas un diagnostic ferme, mais au dire de la malade on lui aurait parlé d'une opération.

Craignant une intervention, de quelque nature qu'elle soit, et espérant toujours être enceinte vu le volume considérable de son ventre, *et croyant même par moment sentir remuer*, elle désire consulter un accoucheur, c'est alors qu'on l'adresse à la clinique d'accouchement où elle est examinée le 15 janvier 1897 par M. le professeur Tarnier.

Examen général. — Rien du côté du cœur, ni des poumons. Quelques troubles digestifs. Pas de modification du côté des seins.

Du côté du système nerveux. — Pas de trouble de la sensibilité cutanée.

Abolition du *réflexe pharyngien*.

Pas de rétrécissement du champ visuel.

Du côté de l'abdomen. — On constate un *développement* de tout l'abdomen qui fait saillie surtout au niveau de la ligne médiane (forme d'un kyste de l'ovaire).

Pas de coloration de la ligne brune.

Par le *palper* on ne peut arriver à *délimiter* une tumeur, mais on a une sensation de *résistance*, *pas de fluctuation*.

Par la *percussion* on a de la sonorité dans presque tout l'abdomen.

Ajoutons que la malade a des alternatives de constipation et de diarrhée, à la suite desquelles l'abdomen se modifie dans sa consistance et sa forme.

Par le *toucher* on trouve un col dur, un utérus *petit* présentant une légère antéflexion (utérus non gravide).

M. le professeur Tarnier pense à une distention de l'intestin, mais pour confirmer le diagnostic on donne à la malade du chloroforme.

L'anesthésie se fait sans difficulté.

A mesure que la malade s'endort, on voit le ventre diminuer de volume, et lorsqu'elle est complètement endormie, la tumeur a complètement disparu.

Quand la malade se réveille, on lui affirme qu'elle n'a aucune tumeur et qu'elle n'est pas enceinte. Elle sort guérie.

On a eu de ses nouvelles un mois après, la distension de l'abdomen ne s'était pas reproduite.

Observation 2

Par J. Rendu, chef de clinique obstétricale à la Faculté de Lyon.

Grossesse nerveuse.

Maria P., mécanicienne à Lyon, 17 ans, blonde, de taille moyenne, bien conformée. Règlée à 13 ans, la menstruation a été irrégulière jusqu'à l'âge de 15 ans ; mais depuis cette époque, elle est parfaitement normale, l'écoulement menstruel durant chaque fois 6 ou 8 jours. Elle n'a eu ni enfants, ni fausses-couches. Depuis quelques années elle est sujette, bien que l'auscultation ne révèle aucune lésion organique, à des palpitations de cœur, à des sensations d'étouffements, à des douleurs disséminées dans les membres et localisées surtout au sommet de la tête.

Ses dernières règles sont venues le 15 février 1880 et n'ont pas reparu depuis lors ; leur suppression serait due à des rapports qu'elle avait avec un jeune homme et desquels serait résultée une grossesse.

Le 19 novembre, c'est-à-dire *neuf* mois après, elle se présente à 5 heures du soir à la clinique, se disant sur le point d'accoucher. La sœur de service, la voyant souffrir, et ne remarquant du reste dans son état rien qui ne fût de circonstance, la fit déshabiller et coucher à la salle des douleurs. J'arrive sur ces entrefaites et je trouve cette personne offrant le cortège habituel des douleurs intermittentes dans les reins et dans le ventre ; sa figure, un peu congestionnée, exprime en même temps la souffrance ; rien, par conséquent, d'anormal jusqu'ici. J'explore alors l'abdomen et bien vite je reconnais ce dont il s'agit, Mais avant de dire ce que je constatais, notons quelques renseignements complémentaires qu'elle me donna sur la marche de sa prétendue grossesse.

Pendant les 4 premiers mois, elle eut des vomissements alimentaires quotidiens, soit pendant, soit après le repas, et de fréquents vomissements aqueux le matin, en se levant. A partir du quatrième mois elle sentit très nettement, dit-elle, son enfant remuer dans la région de l'hypochondre gauche, son ventre s'est développé peu à peu et au moment où je la vis il avait le volume de celui d'une primipare à terme. Je regrette de n'avoir pas pris alors ses dimensions, mais je puis affirmer que son degré de développement était tel qu'il n'attira nullement mon attention. Depuis la suppression de ses règles elle éprouvait à plusieurs reprises dans la journée la sensation de quelque chose qui de l'estomac semblait remonter jusqu'à la gorge, en même temps elle était prise d'étouffement ; mais heureusement ces malaises étaient de courte durée. Il y avait de la constipation, les urines plus abondantes qu'auparavant étaient très claires, aqueuses ; l'analyse que j'en pus faire moi-même ne décela ni sucre ni albumine. Trois mois avant de venir à la Charité, elle avait consulté Madame X.... sage-femme à Lyon, qui n'avait pas hésité à se prononcer en faveur d'une grossesse de six mois.

Ce qui m'éclaira aussitôt sur le diagnostic de non grossesse, ce furent les signes négatifs fournis par le palper de l'abdomen. Les parois étaient tendues et offraient à la pression une résistance manifeste ; mais il n'était pas difficile néanmoins de s'assurer qu'elles ne cachaient aucun corps solide derrière elles : on ne trouvait rien en effet qui rappelât la consistance des parties fœtales. De plus, on constatait par la percussion de la tympanite sur toute l'étendue de la paroi abdominale.

L'inspection du ventre montrait une ligne brune rudimentaire, allant de l'ombilic à la symphyse pubienne. Les seins étaient peu développés ; petite auréole primitive ; mamelon rose ; pas trace d'auréole secondaire. La malade disait sentir des picotements aux seins et sous les bras depuis un mois et demi environ.

Au toucher vaginal, le col était petit, médian, élevé et un peu mobile, tout-à-fait comme celui d'une vierge ; il n'était nullement ramolli et rien de ce côté ne venait confirmer l'idée de grossesse. Il y avait un léger degré de barrure du bassin. La vulve était rose, sans la moindre lividité.

Mon examen terminé, je déclarai à cette jeune fille qu'elle n'était pas enceinte, ce qui la surprit singulièrement. Les douleurs continuèrent encore, revenant toutes les 20 minutes environ ; le lendemain elles se ralentirent et disparurent tout-à-fait le surlendemain matin. *Les règles étaient revenues pendant la nuit.* Elles durèrent quatre jours, et quand la personne sortit de la clinique, son ventre avait repris son volume normal.

Un trait qui complète le tableau. Cette jeune fille revint quelques jours après nous demander un certificat attestant qu'elle n'avait pas été enceinte et n'avait pas eu d'enfant. Sa mère l'exigeait pour garder sa fille chez elle. (Lyon médical, 1881, t. 38, p. 118).

Observation 3

Par Dr Dufay, de Blois.

(Rapportée par Boinet. Traité des mal. des ovaires, p. 195)

*Grossesse nerveuse prise d'abord pour une grossesse réelle,
plus tard pour un kyste ovarique.*

Une jeune femme de 18 ans est prise la 1^{re} nuit de son mariage d'une violente hémorrhagie utérine qui fut combattue avec succès et ne se renouvela pas plus tard. Pendant une année

aucun signe de grossesse, mais avec un vif désir de devenir enceinte. Au bout de ce temps, nausées, vomissements, sensibilité dans le ventre et continuation des règles qui cependant sont moins abondantes que par le passé et finissent par disparaître complètement six mois après.

Comme je l'ai dit, on désire ardemment une grossesse et on y croit d'autant plus volontiers que le ventre grossit régulièrement, que les seins sont devenus plus gros et plus sensibles, que la jeune femme se figure sentir de temps en temps les mouvements de l'enfant. M. Dufay appelé dans ces circonstances, appuya la main sur le ventre et constata en effet, *de petites secousses* qu'il attribua également aux mouvements d'un fœtus, mais ces mouvements lui paraissaient moins limités et moins brusques que ceux qu'on aperçoit dans les grossesses ordinaires, et il attribue cette différence à l'épaisseur des parois abdominales de sa cliente qui est douée de beaucoup d'embonpoint ; comme il ne peut entendre non plus les battements du cœur de l'enfant, il en accuse encore l'épaisseur de la paroi abdominale. Il constate un bruit de souffle assez manifeste qu'il attribue, comme il le fait d'ailleurs remarquer, à la compression des gros vaisseaux.

Au 9^{me} mois de cette prétendue grossesse, des douleurs dans le bas-ventre, dans les reins, annoncent un commencement du travail, puis des douleurs expulsives assez fortes pour arracher des cris à la malade, ont lieu pendant deux jours. Le toucher fait reconnaître que le col est ramolli, diminué de longueur et admet le bout du doigt. M. Dufay recourt à l'extrait de belladone pour aider la dilatation ; alors les douleurs diminuent, puis disparaissent complètement. Quelques jours après, la malade fait une chute en avant dans la rue et M. Dufay appelé environ une heure après, trouve le ventre moins tendu, fluctuant ; la percussion donne un son sonore à la partie supérieure et mat à la partie inférieure ; absence complète des douleurs dans tout le ventre.

Des purgatifs répétés, des diurétiques amènent une diminution rapide de la sérosité épanchée. La santé s'est rétablie et la malade a eu trois grossesses heureuses ; seulement l'ovaire gauche était resté le siège d'une douleur qui a disparu au commencement de la première vraie grossesse.

D'après Dufay, il s'est agi dans le cas rapporté d'un kyste de l'ovaire pris pour une grossesse, kyste qui s'est rompu dans une chute et dont le liquide s'est épanché dans le péritoine. Au premier abord, cette hypothèse paraît plausible, mais Boinet, qui rapporte cette observation, lui fait l'objection suivante :

Les kystes de l'ovaire en se rompant déterminent toujours de vives douleurs, le plus souvent même des péritonites mortelles ; or, la femme de l'observation citée n'a eu la moindre douleur. Il conclut qu'il s'est agi probablement d'une grossesse nerveuse et donne pour raisons les faits constatés suivants :

La malade a paru à Boinet, qui l'a vue, éminemment hystérique ; elle disait éprouver les mouvements de l'enfant, qui ont pu être perçus aussi par Dufay en appliquant la main sur le ventre. Quant au souffle que ce médecin a entendu, il est assimilable d'après Boinet à celui qu'on entend dans les vaisseaux des femmes chlorotiques ; peut-être était-il dû aussi à la compression que les secousses musculaires constatées par Dufay exerçaient sur les gros vaisseaux.

Observation 4

(Rapportée par Tarnier et Chantreuil)

Traité des Accouchements.

Diathèse adipeuse

L'un de nous a été mandé tout récemment dans les environs de Paris, pour une jeune femme qui présentait ces conditions anormales ; mariée depuis plusieurs années, elle n'avait pu devenir enceinte, malgré un désir ardent d'avoir des enfants. Dix mois environ après notre visite, le ventre avait commencé à grossir, les règles s'étaient *suspendues presque complètement* ; elle crut, au bout de quelques mois, percevoir les mouvements de l'enfant ; le médecin de la localité s'imagina entendre les battements du cœur fœtal et les fit même entendre au mari. Un petit écoulement sanguinolent s'étant manifesté à plusieurs reprises, on recommanda à la patiente de garder le lit pour éviter une fausse-couche. Sous l'influence du défaut d'exercice, l'embonpoint de cette dame augmenta, le ventre prit encore plus de développement, de sorte que personne ne doutait de l'existence de sa grossesse. Cependant, le terme ayant été dépassé sans qu'aucun travail se mausfestât, on nous demanda notre avis sur cette anomalie et cette dame fut fort désappointée quand nous lui avons appris qu'elle n'était pas enceinte. Le petit volume de l'utérus, sa grande mobilité, l'absence de modifications du col, les petits écoulements sanguins qui se produisaient à intervalle plus ou moins longs, enfin l'épaisseur des parois abdominales, suffisaient amplement pour établir le diagnostic.

Observation 5

Par le Docteur Thiriar

Grossesse nerveuse

Il s'agissait d'une cliente d'un des meilleurs médecins de Bruxelles. Cette dame n'avait qu'un enfant déjà âgé et désirait beaucoup en avoir un second. Elle crut un beau jour qu'elle était enceinte, peu à peu elle éprouva tous les phénomènes de la grossesse et je fus désigné pour être l'accoucheur. Rien ne manquait au diagnostic : suppression des règles, nausées, augmentation du ventre, sécrétion des seins, *perception par la dame des mouvements de l'enfant*, tout y était. *Nous ne pûmes cependant jamais percevoir les bruits du cœur fœtal*, mais comme notre cliente était très grosse, nous ne fîmes pas beaucoup attention à ce détail si important cependant. La layette, le berceau, tout était prêt, la garde-couches logeait dans la maison. Un mois, deux mois se passèrent, l'enfant ne vint pas, au grand chagrin de la dame. Peu à peu le volume du ventre diminua, les règles reparurent et tout rentra dans l'ordre.

(Entretiens chirurgicaux faits à l'hôpital Saint Jean de Bruxelles, p. 112).

Observation 6

Hyernaux. — De l'art des accouchements. 1866

p. 139 et 140.

Grossesse nerveuse.

Une dame de la province vient un jour me consulter pour connaître l'époque à laquelle elle doit accoucher. Elle a déjà eu

plusieurs enfants ; elle se croit actuellement enceinte de six mois environ, les règles sont supprimées, des troubles digestifs ont existé ; les seins sont douloureux et il en suinte un liquide sérolactescent : le ventre est volumineux et *elle y sent les mouvements de son enfant*. Il importe qu'elle sache à peu près la date de sa délivrance, parce que, sous prétexte, d'un voyage, elle doit venir en ville, dans une maison d'accouchement cacher à son mari et à sa famille le fruit d'un rapprochement illégitime. Cette femme n'était pas enceinte et j'ai su plus tard qu'à peine rentrée chez elle de quelques jours, tout signe de grossesse avait disparu.

Observation 7

Par Lawson Tait (Mal. des ovaires p. 271).

La malade était âgée de 32 ans, était mariée depuis 12 ans et avait été réglée très régulièrement jusqu'en juin 1872. La menstruation s'était subitement et complètement arrêtée ; elle avait grossi peu à peu, elle avait des nausées le matin et beaucoup d'autres symptômes de grossesse ; les seins étaient développés et elle attendait son accouchement pour le mois de mars.

Rien ne vint cependant. Lorsque je la vis au mois de mai suivant, elle présentait toutes les apparences d'une grossesse à terme ; les seins contenaient une abondante quantité de lait et la question qu'on se posait était : est-ce une grossesse extra-utérine ? Comme l'utérus était parfaitement normal et n'était uni à aucune tumeur, ce soupçon fut laissé de côté, en en la plaçant sous l'influence de l'éther il devint évident que nous avions affaire à une fausse grossesse.

Observation 8

Par Legrand du Saulle

Hystériques, p. 115

Tympanite hystérique pouvant simuler une grossesse à cause de l'aménorrhée et des troubles digestifs concomitants.

S..., 21 ans, entre à l'Hôtel-Dieu en 1889.

Antécédents : Elle a été élevée par une belle-mère qui prenait plaisir à la contrarier et la traitait durement. Dès l'âge de 11 ans elle eut fréquemment une tuméfaction à la région épigastrique. Elle n'a jamais eu d'attaques convulsives, mais ses goûts sont capricieux ; elle a souvent la sensation de la boule dans la gorge, une douleur à la pression au niveau de l'ovaire gauche, des palpitations, des céphalalgies frontales et des tremblements dans la voix à la moindre émotion.

Elle est mariée, n'a jamais eu d'enfants et en désire. Depuis trois mois ses règles n'ont pas paru : elle a des vomissements alimentaires fréquents, mais aussi des vomissements de sang rouge abondants qui se produisent irrégulièrement sans relation avec l'ingestion des aliments.

Elle présente à la partie moyenne de l'abdomen une tuméfaction considérable, uniformément résistante, assez douloureuse au palper, sonore à la percussion en certains points, mais en d'autres d'une tonalité aiguë simulant presque la matité.

La respiration est gênée par le refoulement du diaphragme, la constipation est très marquée.

La malade se croit enceinte ; elle donne à l'appui de cette présomption les troubles gastriques qu'elle ressent, le dégoût pour

certaines aliments et des envies pour certains autres, des picotements et de la tension dans les seins et cette augmentation du ventre qui s'est produit graduellement, depuis que ses règles sont supprimées.

Mais le toucher vaginal pratiqué permet de constater un utérus de volume normal dont le col conique n'est pas ramolli et, d'ailleurs, le ventre serait trop développé pour une grossesse de 3 mois.

On porte le diagnostic de tympanite stomacale chez une hystérique.

L'auteur dit plus loin que la malade a été soumise au traitement par l'hydrothérapie, l'électrisation des parois abdominales et les préparations de noix vomique mais qu'on n'a pu juger des résultats de cette médication, parce que la malade est partie à la suite d'une discussion qu'elle a eue dans le service et dont une attaque d'hystérie convulsive a été la conséquence.

Observation 9

Communiquée par le Dr G. Livet, moniteur à la Clinique de gynécologie et d'accouchements de la Faculté de Paris

M^{lle} X..., 15 ans, est envoyée par un de mes amis à ma consultation dans les premiers jours de janvier pour une volumineuse tumeur de l'abdomen dont elle doit être prochainement opérée.

Vierge encore, réglée à 14 ans, elle a toujours été bien réglée. Depuis près d'un an elle voit son ventre grossir. Lorsqu'elle se

présente à nous, elle semble enceinte de neuf mois environ. Le diagnostic de grossesse a été porté, en effet, dans différentes cliniques et dans divers hôpitaux ; les derniers chirurgiens qui ont vu la malade, ont écarté ce diagnostic, mais ont affirmé un kyste de l'ovaire, nécessitant une ovariectomie immédiate.

X... est une grande fille bien bâtie et bien portante ; elle n'a pas une hérédité très chargée ; cependant son père et sa mère disent qu'ils sont « nerveux ». Pour elle, elle n'est ni nerveuse, ni impressionnable, — dit-elle, — et on lui reprocherait d'être plutôt « gnan-gnan. » Elle répond avec beaucoup d'intelligence et de sûreté aux questions qu'on lui pose. Aucune maladie dans l'enfance.

Si l'on fait soigneusement l'examen du système nerveux, on s'aperçoit qu'elle a de l'asymétrie des regards ; elle se plaint de crampes dans les jambes, surtout depuis deux mois, c'est-à-dire depuis que sa tumeur a augmenté tout d'un coup pour rester stationnaire avec son volume actuel. Elle ne dort pas très bien ; ses nuits sont troublées par des cauchemars.

Les réflexes semblent normaux, mais il y a une légère anesthésie des membres supérieurs et inférieurs du côté gauche comparés à ceux du côté droit.

Rien au cœur, ni aux poumons, ni dans les fonctions de l'appareil digestif.

A l'examen local on aperçoit une tumeur volumineuse qui occupe toute la cavité abdominale et remonte jusqu'à l'appendice xiphoïde ; on ne saurait encore une fois la mieux comparer quant au volume et à la forme qu'à la tumeur produite par une grossesse de neuf mois.

L'histoire de cette tumeur est simple ; elle a commencé avec l'apparition des règles, a diminué ensuite, est reparue à chaque époque menstruelle, avec, chaque fois, une augmentation de volume, et depuis deux mois, (novembre 1896), a conservé défi-

nitivement le volume que nous lui voyons aujourd'hui. Elle n'est pas douloureuse.

A la palpation on trouve une tumeur arrondie, lisse, rénitente, presque fluctuante ; il semble qu'on palpe une énorme vessie très tendue et remplie d'eau.

A la percussion, matité complète de la partie antérieure de l'abdomen, jusqu'aux hypocondres où la sonorité reparait nettement.

L'hymen est intact et n'admet pas le petit doigt ; nous jugeons inutile de pratiquer le toucher à ce moment, nous réservant d'y recourir plus tard s'il le faut.

La virginité certaine, l'apparition régulière des règles, l'examen négatif des seins, de la vulve etc., nous fait écarter d'abord le diagnostic de grossesse.

Le palper et la percussion nous font bien songer à un kyste de l'ovaire et il semble que ce diagnostic s'impose. Mais l'âge de la malade, la marche de la tumeur avec son apparition et sa disparition régulièrescoïncidant avec les règles et la congestion utéro-ovarienne, nous engagent à un examen plus approfondi avant de nous prononcer définitivement.

Nous commençons donc méthodiquement un massage de l'abdomen ; au bout de dix minutes, les muscles droits se relâchent et nous arrivons peu à peu jusque sur la colonne vertébrale, jusque sur l'aorte ; nous pouvons explorer le petit bassin qui ne contient aucune tumeur.

A ce moment le ventre est sonore à la percussion. Dès que nous cessons les pressions lentes sur la paroi abdominale, la tumeur reparait. Il s'agit donc pour nous d'une tumeur fantôme, d'un cas de tympanisme hystérique associé à la contracture des muscles de l'abdomen.

Nous imaginons alors de traiter moralement la malade. Elle veut être opérée et ses parents le souhaitent. En effet la pauvre

enfant est en butte aux quolibets des commères de son quartier et les gamins lui jettent des pierres : on la croit enceinte.

Nous décidons une opération fictive, qui fut pratiquée quelques jours après dans mon cabinet, en présence de MM. les D^{rs} L. Hardy et Bloch, de la rue d'Assas ; de mes aides ordinaires, sans que ni la jeune fille, ni les parents fussent dans la confidence.

La malade est introduite dans mon cabinet où tout est préparé pour frapper l'imagination ; les instruments les plus terribles baignent dans l'eau phéniquée ; des draps sont étendus à terre ; des plateaux traînent sur toutes les tables. La mise en scène d'une grosse opération est complète.

La malade devant ces apprêts est pâle et défaille, la mère s'évanouit ; on est obligé de l'emmener. Nous revêtons des tabliers et nous donnons du chloroforme à la malade étendue sur un divan *ad hoc*.

Après quelques bouffées, la malade s'endort et la tumeur disparaît à vue d'œil. Pansement à la gaze iodoformée autour de la vulve. On fait fondre du permanganate de potasse dans les plateaux d'instruments pour imiter le sang et on réveille la malade.

La tumeur a complètement disparu. On appelle la mère, qui pour rhabiller sa fille est obligée d'attacher les jupes avec des épingles ; les ceintures sont trop larges de plus de douze centimètres.

Un mois après (février 1897), la tumeur n'avait pas reparu, bien que la malade ait eu deux fois ses règles depuis l'opération. Nous la conduisons alors à notre excellent maître et ami, M. le Professeur Raymond, qui veut bien (deuxième quinzaine de mars) la présenter à ses élèves dans une de ses leçons cliniques de la Salpêtrière. A ce moment elle semble définitivement guérie.

Mais le 3 avril, la tumeur reparait au moment des règles à la suite d'une coupable indiscretion et la malade nous dit : « Vous

voyez, ça revient ; et puis, je sais bien que vous ne m'avez rien fait ! »

M. le Professeur Raymond, sur notre recommandation, veut bien prendre cette jeune fille à la Salpêtrière où elle suit le traitement de l'hystérie.

Deux points sont particulièrement intéressants dans cette observation : la difficulté du diagnostic et les résultats du traitement par suggestion qui auraient sans doute persisté sans une indiscretion malheureuse.

Ce qui rendait le diagnostic particulièrement délicat, c'est le siège de la matité produite surtout au niveau des muscles droits de l'abdomen contracturés avec sonorité latérale et les sensations fournies par la palpation d'une vessie distendue par du liquide.

L'histoire de la tumeur avec les contradictions des parents de la malade et de la malade elle-même était malaisée à reconstituer et les moyens d'exploration ordinaires (vue, palpation, percussion) donnaient au contraire les renseignements si précis que quelques-unes des personnes présentes le jour de la pseudo-opération n'admirent le diagnostic de tumeur-fantôme qu'après l'administration du chloroforme.

Observation 10

(Par le Docteur Terrillon)

Faux kyste de l'ovaire.

La malade était une jeune fille de 18 ans, grasse, bien portante, ordinairement bien réglée, qui présentait depuis quelques mois toutes les apparences d'une tumeur abdominale : développement marqué du ventre, ayant causé l'élargissement des vêtements, sensation de pesanteur et de lourdeur dans l'abdomen, digestions difficiles, mais sans amaigrissement, constipation opiniâtre.

La menstruation était régulière et sans aucun trouble. Plusieurs médecins et chirurgiens fort expérimentés de province l'avaient examinée avec soin et à plusieurs reprises. La plupart étaient persuadés qu'il s'agissait là d'une tumeur ovarique évidente, mais difficile à bien préciser à cause de l'épaisseur et de la dureté de la paroi abdominale. Quelques-uns ne trouvant pas tous les signes très nets et très probants de l'affection, restaient dans le doute et n'osaient se prononcer.

C'est dans ces conditions que cette jeune fille me fut adressée à la Salpêtrière où je l'examinai avec soin et à plusieurs reprises, avant d'arriver à établir exactement le diagnostic.

Vue de profil et couchée sur un lit, l'abdomen avait absolument la forme qu'il présente, lorsqu'un kyste ovarique ou une grossesse de six mois occupe l'abdomen. La tumeur semblait remonter au-dessus de l'ombilic.

Lorsqu'on palpe l'abdomen, on avait nettement la sensation d'une tumeur arrondie, non bosselée, renitente, à convexité supérieure et empêchant de déprimer la paroi abdominale. Celle-ci

était tendue et chargée d'une couche épaisse de tissu adipeux résistant.

La percussion permettait d'avoir quelque hésitation sur le diagnostic précis d'une tumeur. En effet, si elle semblait donner une matité assez nette vers la partie inférieure, au-dessus du pubis, celle-ci devenait moins évidente vers la partie supérieure. Il semblait qu'elle n'atteignait pas le niveau supérieur de la tumeur, telle que celle-ci était délimitée par la palpation.

Ce n'est cependant qu'après avoir percuté souvent et successivement plusieurs fois qu'on avait quelques doutes, car pendant les premiers examens la percussion semblait donner une matité évidente. Le toucher vaginal montrait un utérus petit, mobile et sans aucune modification dans les culs-de-sac. L'utérus ne semblait pas avoir de connexions avec la tumeur simulée. Par le toucher rectal on ne percevait rien de notable.

Pour éviter les erreurs, la vessie fut vidée avec la sonde. De ce côté tout semblait normal. Enfin j'ajouterai que dans quelque situation que la malade fût examinée, les apparences étaient toujours les mêmes et ne semblaient pas varier. Quand elle était debout la tumeur parrissait encore plus nette. En tous cas il est certain que tout ou presque tout le résultat de l'exploration méthodique conduisait à cette conclusion : kyste ovarique occupant l'abdomen et placé au-dessus du bassin, mais difficile à limiter à cause de la tension des parois abdominales et de l'épaisseur du pannicule adipeux. Le matité indécise et l'absence de la sensation de flot empêchaient cependant de rien affirmer.

En présence des doutes qui semblaient très justifiés, je résolus d'endormir la malade et de l'examiner dans le sommeil anesthésique. Sous l'influence de la résolution produite par le chloroforme le ventre s'affaissa rapidement, l'apparence d'une tumeur disparut complètement je pus alors déprimer la paroi abdominale ; toute sensation de tumeur s'était évanouie. La percussion qui donnait

une sonorité profonde, mais assez nette, même vers la partie inférieure de l'abdomen leva tous les doutes.

A peine la malade fut-elle réveillée que les mêmes phénomènes se reproduisirent presque aussitôt et furent de nouveau retrouvés les jours suivants.

En même temps je pus constater après un examen approfondi que cette jeune fille présentait quelques phénomènes d'hystérie au début : plaques anesthésiques étendues sur le côté gauche, diminution de la sensibilité pharyngienne, quelques bizarreries de caractère qui indiquaient un tempérament nerveux. (Annales de gynécologie, octobre 1886 p. 245).

Observation 11

par D^r Thiriar

Faux kyste de l'ovaire qui s'est développé par autosuggestion.

Je me rappelle une jeune fille dont la sœur avait subi l'ovariotomie. Elle s'était imaginée que cette affection devait être héréditaire et qu'elle commençait à en être atteinte. Elle prétendait que son ventre grossissait et réellement le volume du ventre augmenta au point que les parents s'en alarmèrent à leur tour. Lorsque je l'examinai, il existait de la matité à la région hypogastrique, ainsi que dans la fosse iliaque droite et à un examen superficiel il me sembla sentir une tumeur dans le ventre. Comme je me doutais de l'état d'hypochondrie de ma cliente, je lui administrai un violent purgatif en lui assurant que c'était un remède infaillible. Le purgatif fit son effet surtout sur le moral et la tumeur disparut pour ne plus revenir (Entretiens chirurg. à l'hôp. Saint-Jean, p. 112).

Observation 12

Par D^r Thiriar

Faux kyste de l'ovaire disparu à la suite d'une forte émotion.

En 1885 je fus appelé par un de mes confrères près d'une dame atteinte, disail-il, d'un gros kyste de l'ovaire qu'il fallait absolument extirper. A ma première visite je fus absolument de l'avis du médecin traitant. L'abdomen avait tout-à-fait la forme qu'il présente lorsqu'il renferme un kyste volumineux ; celui-ci remontait au dessus de l'ombilic, c'était une tumeur arrondie, lisse, peu mobile, fluctuante et mate à la percussion, etc. Bref, rien ne manquait dans le tableau symptomatologique, le doute n'était pas permis. Je vidai même la vessie pour compléter l'examen. Sauf l'emploi du chloroforme, l'exploration la plus complète, la plus méthodique conduisait tout naturellement au diagnostic de kyste ovarique. Au cours de mon examen, j'avais constaté que la femme avait un tempéramment nerveux très prononcé ; elle me paraissait être hystérique. Mais je n'y avais attaché aucune importance.

Lors de ma deuxième visite, il s'agissait de fixer le jour de l'opération et de faire les préparatifs nécessaires ; je voulus me rendre compte plus minutieusement de l'état nerveux de ma future opérée et sans penser à l'en avertir, je tirai mon canif pour explorer la sensibilité au moyen de la pointe d'une des lames. Notre malade crut que j'allais lui ouvrir le ventre sans autre forme de procès, elle jeta un grand cri perçant, bondit hors du lit ouvrit la porte de la chambre et se sauva dans le grenier où on alla la dénicher derrière un vieux meuble. On la ramena avec beaucoup de peine auprès de nous ; à notre grande surprise le ventre s'était affaissé,

la tumeur avait complètement disparu, elle ne s'est plus reproduite (Loco cit.)

Observation 13

Par D^r Thiriar

Faux kyste de l'ovaire dont l'ascite a été le point de départ

Il s'agissait d'une dame ayant dépassé la quarantaine. Elle vint me trouver au mois d'août 1886 pour une tumeur qui augmentait le volume du ventre et qui prenait des proportions inquiétantes. Elle était malade depuis le commencement de l'année. Je constatai un kyste de l'ovaire droit remontant jusqu'au nombril, il me paraissait multiloculaire. M. Hyernaux l'examina à son tour et confirma le diagnostic. L'ovariotomie fut proposée et acceptée. Le 28 septembre 1886, jour fixé pour l'opération, tout ayant été préparé, la malade fut chloroformée et apportée sur la table d'opération. La tumeur avait totalement disparu et malgré nos recherches ni M. Hyernaux, ni M. Lavisé, ni moi ne pûmes en retrouver la moindre trace. Il n'existait pas même à ce moment là des signes d'ascite. L'opération fut ajournée. Au réveil le kyste reparut immédiatement, tellement évident que si mes confrères et moi nous n'avions pas assisté à sa disparition, nous n'aurions pas hésité un instant; nous arrivâmes même à douter de ce que nous avions observé sous le chloroforme. Le ventre continua à augmenter, bientôt la tumeur arriva au dessus de l'ombilic. Le kyste paraissait de plus évident, à tel point que M. Hyernaux et moi nous crûmes sérieusement nous être trompés.

L'état de la malade commençait à devenir inquiétant; elle

maigrissait, la nutrition s'altérait. Nous proposâmes la laparotomie exploratrice qui fut immédiatement acceptée.

Cette opération fut pratiquée le 5 novembre.

Sous le chloroforme la tumeur disparut encore, mais nous pûmes constater l'existence d'une ascite considérable. Une large incision fut pratiquée, une grande quantité de liquide brunâtre, poisseux fut évacué, le péritoine était épaissi et parsemée d'une innombrable quantité de nodosités très petites. Après lavage phéniqué, la cavité fut refermée, un bon pansement fut appliqué et 10 jours après, mon opérée fut sur pied. Depuis lors, la guérison s'est maintenue. (Loc. cit.)

Observation 14

(Tirée de la clinique de M. le Pr Potain. « De quelques conditions qui peuvent simuler la présence d'une tumeur abdominale »).

Tympanite hystérique avec contracture des muscles de la paroi abdominale et de la région lombaire.

La première fois que M. Potain a vu cette malade, c'était dans le service de chirurgie où elle était entrée pour une légère arthrite du genou. En outre elle présentait une tuméfaction globuleuse qui occupait l'hypochondre droit et l'épigastre et semblait refouler les dernières côtes et surtout la paroi abdominale. C'est sur la nature de cette tuméfaction que l'opinion de M. Potain était demandée.

La malade, une jeune fille de 18 ans, un peu pâle, présentait d'ailleurs les apparences d'une bonne constitution ; elle avait un embonpoint notable et ne se souvenait pas d'avoir jamais été

sérieusement malade. Elle s'était, depuis plusieurs mois, sentie gênée d'une façon douloureuse par les vêtements qui lui serraient la taille et s'était aperçue que son côté droit, dans la région que j'ai indiquée, devenait de plus en plus saillant. Aucune des fonctions importantes n'était d'ailleurs sérieusement compromise, et l'examen ne faisait reconnaître aucune altération d'organe, à l'exception de la tuméfaction qui semblait manifestement devoir être rapportée au foie augmenté de volume.

Le ventre était dans toute son étendue légèrement proéminent, ferme et peu sonore ; mais l'hypochondre droit et l'épigastre formaient un relief très distinct, régulièrement globuleux, sans aucune bosselure ; toute cette région était étendue rénitente et tout à fait mate. La percussion indiquait que le foie s'élevait peu dans la cage thoracique et qu'il se confondrait sans aucune démarcation avec la tumeur et l'hypochondre. La rate était normale.

Le siège et les caractères de la tuméfaction, aussi bien que l'absence complète de phénomènes généraux de quelque gravité et d'accidents locaux autres qu'une sensibilité assez vive de la région, conduisaient au diagnostic probable de kyste hydatique du foie.

Deux ponctions exploratrices furent donc faites, à quelques jours d'intervalle, avec un trocart capillaire et l'appareil aspirateur ; l'une et l'autre sans résultat.

Quelques mois plus tard la malade entre dans le service de M. Potain.

Les phénomènes objectifs sont alors ceux que nous avons déjà constatés ; c'est la même tuméfaction globuleuse, égale, rénitente, avec une sensibilité assez vive à la pression. La limite supérieure du foie, indiquée par la percussion, commence très bas, de sorte que la hauteur totale de l'organe ne semble pas accrue, bien que la matité s'étende au dessous des côtes.

C'est un fait d'une grande importance et qui est en contradiction avec les observations de Kheifetz

diction avec le diagnostic primitivement porté. Il faut ajouter que la respiration a, comme il est habituel chez la femme, le type costal supérieur, mais que de plus les mouvements du diaphragme sont nuls ou presque nuls.

A ces premiers signes s'en joignent quelques autres d'une importance au moins égale. L'hypéresthésie de la région hypochondriaque droite et de l'épigastre fait contraste avec une diminution notable de la sensibilité, une véritable analgésie de tout le côté gauche du corps.

Le membre inférieur droit est dans une attitude vicieuse qui caractérise la coxalgie, immobilisé par la contracture musculaire et raccourci en apparence. La jambe est très légèrement fléchie sur la cuisse, et la cuisse fléchie sur le bassin ; il n'est pas possible de modifier cette attitude non plus que la rotation du pied en dehors ; la raideur est extrême et toute tentative pour la surmonter réveille de très vives douleurs. La pression est également mal supportée, au niveau du trochanter, du pli inguinal et de la fosse iliaque. Le bassin dévié sur le rachis a subi un mouvement de bascule qui est la règle dans les arthropathies coxo fémorales. Toute la portion lombaire de la colonne vertébrale présente enfin une profonde incurvation, une ensellure excessive.

Une exploration plus approfondie de l'abdomen et surtout un examen pratiqué pendant l'anesthésie chloroformique nous ont fourni de nouvelles données très importantes pour le diagnostic.

A peine le sommeil commençait-il à se produire, que déjà la tension du ventre disparaissait, la respiration diaphragmatique devenait ample et profonde, puis la cambrure exagérée du rachis s'effaçait peu à peu sans que cependant l'incurvation latérale à concavité droite cessât complètement d'exister. Le ventre est alors assez souple pour qu'on puisse le palper sans difficultés ; la tuméfaction limitée n'existe plus. Le foie occupe sa position nor-

male sous les côtes dont il ne dépasse pas le rebord, l'étendue de la matité hépatique est normale.

Dès que l'anesthésie cesse d'être complète, tous les phénomènes morbides se reproduisent ; alors la tumeur globuleuse réapparaît, en même temps que le foie s'abaisse, refoulé par le diaphragme qui se déprime et devient immobile, la respiration reprenant le type costal supérieur. Il suffit de faire respirer quelques instants le chloroforme ou d'enlever la compresse pour faire réapparaître ou cesser la contracture des muscles et celle du diaphragme en particulier. Il suffit d'un léger contact pour faire succéder à la résolution musculaire un état de tension presque subit avec reproduction de la tumeur ; l'épigastre devient proéminent, les plans musculaires qui occupent les parties latérales du ventre forment une sorte de sangle rigide et, le long du rachis, du côté droit, la masse sacro-lombaire se dessine par un relief saillant comme une grosse corde tendue.

Tous les muscles de la paroi abdominale ne sont pas intéressés indistinctement ; les grands droits par exemple, restent indemnes et lorsqu'ils se contractent sous l'influence d'un courant sporadique ils dépriment la région épigastrique proéminente et font en partie disparaître la tuméfaction.

La contracture est continue et ne cesse pas durant le sommeil naturel ; elle est de temps en temps entrecoupée de secousses qui font éprouver à la malade une sensation de tressaillement dans le ventre et qu'il est parfois possible d'apprécier en appliquant la main sur la région où les soubresauts se produisent.

Ces étranges accidents semblaient devoir être attribués à l'hystérie, mais les antécédents de la malade n'apportaient aucune confirmation à cette hypothèse. Les choses en étaient là...., lorsque le voisinage d'une hystérique, à grandes attaques, provoqua chez notre malade l'explosion de plusieurs petites crises nerveuses accompagnées de cris ; c'était un argument considé-

nable à l'appui d'un diagnostic qui s'affirma de plus en plus par l'évolution de la maladie.

Les attitudes vicieuses s'exagérèrent bientôt après, cependant, la malade finit par se résigner et marchait en boitant, mais sans trop souffrir de la hanche ; il survint de fortes douleurs dans la région latérale du thorax, au niveau de l'hypochondre et surtout à l'épigastre, au point qu'une pression modérée exercée en ce point arrachait des pleurs à la malade.

Quelques mois après, la malade quitta l'hôpital dans un état très satisfaisant.

(France Médicale, 1879, p. 681).

Observation 15

Par Moizard (Résumée).

Il s'agit d'une fillette de 11 ans, qui présentait une pseudo-tumeur formée par l'estomac et le colon transverse qui faisaient hernie en soulevant les ventres supérieurs relâchés des muscles grands droits, tandis que les ventres inférieurs de ces muscles étaient contracturés.

Cette tumeur apparente était, au début, toujours sonore à la percussion, mais plus tard elle donnait plusieurs fois un son mat ce qui dépendait probablement du degré plus ou moins grand de tension des parois intestinales et gastriques.

L'anesthésie chloroformique faisait disparaître cette tumeur-fantôme, qui pouvait être prise surtout pour un kyste hydatique du foie.

La fillette ne présentait aucun symptôme hystérique, mais l'auteur croit que cette névrose était en état latent et ne se traduisait que par la production de cette tumeur-fantôme.

(Journal de Médecine et de Chirurgie pratique, 1894, p. 284).

Observation 16

par Leube

(In Deutsche Archiv für Klinische Medicin, 20 mars 1883)

Dyspepsie. Tumeur de l'estomac

G. K..., 36 ans, économe. A 18 ans sensation de brûlure, de nausées, vomissements : ces symptômes se répètent par crises à de longs intervalles et, dans les dernières années, sont devenues plus fréquentes et plus opiniâtres. Depuis deux mois le malade, indépendamment des troubles stomacaux décrits ci-dessus, a des rejets fétides et des vomissements dans lesquels on trouve plusieurs fois un peu de sang coagulé. En même temps il a une sensation de plénitude à l'épigastre et de douleur en un point circonscrit de l'estomac.

L'amaigrissement et l'abattement sont très prononcées.

A la palpation, on trouve une tumeur dure, petite, de la grosseur d'une noix, bosselée, douloureuse à la pression, l'estomac est dilaté jusqu'à trois ou quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Le pouvoir digestif est très diminué comme le lavage le montre : chaque fois on trouve dans le liquide une quantité considérable d'acide libre.

La tumeur est facile à sentir à tous les moments de la digestion, paraît très peu mobile, n'est pas plus douloureuse à un moment qu'à un autre. On songe à l'excision de la tumeur.

Mais sous l'influence du chloroforme, donné dans le but de

l'examen plus complet et au besoin de permettre l'opération, on ne trouve absolument rien à la palpation. L'opération en est restée là. Grâce au laitage et au régime l'état du malade va en s'améliorant depuis un mois. L'issue de ce cas nous échappe. Je dois dire seulement que ce malade est encore vivant. Il souffre encore de sa dilatation. Il se présente de temps en temps au médecin, et sa tumeur n'a jamais reparu.

(Emprunté à la thèse de M. Dechamps, Paris, 1884-1885.
« Diagnostic et traitement du Cancer et de l'estomac »).

Observation 17

(Résumée) par Dr Greenhow.

Dame de 44 ans, ayant eu plusieurs grossesses, anémique, nerveuse, souffrant de ménorrhagies et de leucorrhée.

L'auteur est consulté pour une tumeur de l'hypochondre gauche apparue à la suite des fortes douleurs à la même région qui survenaient surtout après les efforts et duraient plusieurs jours de suite avec des rémittences.

Le traitement est institué contre l'anémie et le nervosisme ; la tumeur disparaît ; mais elle revient quelques mois plus tard.

Elle est ovoïde ou réniforme, mobile, peu sensible, deux fois plus grande qu'un rein.

Peu de symptômes généraux et locaux : pas de douleurs à la région lombaire, urines normales.

Le diagnostic reste indéterminé même après qu'un confrère est consulté.

Les hypothèses de rein ou de rate flottants, de kyste hydatique du rein, de tumeur de l'ovaire sont soulevées successivement et toutes rejetées.

Conclusion ; tumeur-fantôme, (The Lancet, 1857, p. 58, 59 et 60),

Observation 18

Par le Dr Krukenberg.

Tumeur-fantôme hystérique.

Mademoiselle E. A., âgée de 24 ans a été réglée régulièrement depuis l'âge de 18 ans ; chaque période menstruelle ne durait que deux jours et était accompagnée de fortes douleurs ; ses règles se sont supprimées au printemps de l'année 1883. Depuis le janvier 1880 jusqu'à son admission à la Clinique (15 décembre 1883) la malade présentait des crises hystériques qui, d'abord rares, sont devenues presque quotidiennes dans les deux dernières années. Depuis à peu près la même époque elle présentait des vomissements qui eux aussi sont devenus de plus en plus fréquents et à la fin survenaient après chaque repas. Le 28 février 1880 la malade a eu une pelvi-péritonite après une de ces époques menstruelles. Quoique cette affection ne semble pas avoir été très intense, la malade a dû néanmoins rester au lit toute une année jusqu'au décembre 1882 elle ne le quittait que pour quelques heures de la journée. Jusqu'à cette date elle recevait de la morphine soit par la bouche soit en injections sous-cutanées. Déjà dans le cours de sa pelvi-péritonite le ventre de la malade a grossi, il restait gros quelque temps après, mais plus tard a diminué de volume. Depuis qu'elle quittait le lit de temps en temps et surtout depuis qu'elle a commencé à se tenir debout toute la journée, le gonflement de son ventre est devenu de plus prononcé.

Pour ses crises hystériques, ses vomissements et le gonflement du ventre qui laissait supposer l'existence d'une tumeur de l'ovaire, la malade fut admise à la clinique le 15 Décembre 1883. C'était une personne dont la nutrition était languissante, un peu anémique. Les organes thoraciques étaient sains. Déjà quand la malade était debout ou marchait on pouvait voir une saillie considérable de son abdomen qui était évidente aussi dans la position couchée. Cette saillie était plus prononcée dans la partie inférieure du ventre, que dans sa partie supérieure, du reste elle était parfaitement uniforme ; elle ne présentait nulle part de mollesse ni de résistance dans aucun coin circonscrit. Comme les téguments tendus ne laissaient pas sentir par le palper les parties plus profondes et particulièrement l'utérus et ses annexes, on a dû endormir la malade le jour suivant.

Pendant qu'on donnait du chloroforme, la malade était placée toujours dans la position horizontale. Elle présentait au commencement le même état que le jour précédent ; mais quand on a commencé l'examen après une profonde anesthésie, la tuméfaction du ventre était complètement disparue. A travers les téguments qui étaient à ce moment flasques et se laissaient déprimer, on pouvait sentir facilement la colonne vertébrale et le bassin. Les organes génitaux paraissaient normaux ; comme le seul reliquat de la pelvipéritonite on trouvait une induration entre l'utérus et l'ovaire gauche. Après la fin de la narcose la tumeur a reparu de nouveau. Il s'agissait donc d'une tumeur fantôme, d'origine hystérique.

Aux examens ultérieurs faits d'un façon plus minutieuse on observait ceci :

La partie thoracique de la colonne vertébrale est rejetée en arrière, tandis que la colonne lombaire présente

une ensellure. L'inclinaison du bassin est insignifiante, de telle sorte que la face postérieure du sacrum est presque verticale et les fesses peu saillantes. Les extrémités inférieures sont étendues.

L'auteur explique de la façon suivante les phénomènes observés :

1° La pression intra-abdominale étant augmentée par suite de la lordose, les viscères pressaient sur la paroi abdominale relâchée et produisaient l'apparence d'une tumeur du ventre.

2° La lordose elle-même était le résultat de la parésie des muscles du tronc produite par le decubitus prolongé que la malade avait été obligée de garder à cause de sa pelvipéritonite ; une contracture des muscles du rachis contribuait peut-être à produire cette lordose ; l'hystiée jouait probablement aussi un certain rôle dans l'apparition de cette parésie et de cette contracture ; l'existence de cette dernière explique pourquoi l'ensellure et par conséquent la tumeur apparente ne disparaissaient pas dans la position couchée et disparaissaient au contraire pendant l'anesthésie chloroformique. (Archiv. für Gynäcologie, 1884, t. 23, 139-145).

Observation 19

Rapportée par M. le Professeur Bernhein de Nancy

Marie X..., âgée de 25 ans, est entrée au service le 20 octobre 1887. Elle avait des grandes crises d'hystérie depuis le mois de

février 1883. La première se serait déclarée à la suite d'une émotion morale ; depuis, la moindre contrariété les provoquait, surtout avant les époques menstruelles. Elle continua à les avoir au moins 3 ou 4 fois par semaine. Très impressionnable, tremblant et s'emportant au moindre motif, X... représente le type de l'hystérique.

Actuellement, 27 décembre, depuis plus d'un mois, M. X... n'a plus de crises hystériques. Ce résultat est dû à la suggestion hypnotique répétée. M. X... est très hypnotisable en sommeil profond, elle s'endort et se réveille facilement.

La dernière crise a eu lieu environ 5 semaines avec délire violent et hallucinations pendant lesquelles la malade a voulu se jeter par la fenêtre. Depuis plus rien.

j Après cette dernière crise elle eut une ménorrhagie assez abondante qui dura 15 jours, qui fut modérée, mais non arrêtée par la suggestion. Depuis une dizaine de jours elle ne perd plus. Le toucher vaginal ne démontre rien d'anormal.

Mais depuis ce temps elle sentit son ventre grossir et se tympaniser ; de plus, douleurs à la pression vers les régions sus-inguinales, hypogastrique et au creux épigastrique. Le tympanisme ne s'accompagne pas de constipation ni de vomissements, il persiste même pendant le sommeil. La malade ne se plaint que d'une certaine oppression, de malaise abdominal avec douleurs.

La suggestion fait disparaître ce tympanisme rapidement sans émission de gaz. J'hypnotise la malade et je lui dis : « Votre ventre s'affaisse. » En quelques secondes le ventre s'affaisse et redevient souple. Je puis de même par suggestion le tympaniser de nouveau en quelques secondes.

L'auteur ajoute qu'il a pu de même gonfler ou dégonfler le ventre par une suggestion indirecte ; il hypnotise la malade et lui dit : « Si je touche le rebord costal gauche, le ventre doit se

dégonfler et si je touche le rebord droit, le ventre doit enfler. » Après cela il fait ce qu'il dit et le ventre désenfle ou enfle de nouveau, suivant que c'est le rebord costal gauche ou droit qui est touché.

Le tympanisme n'est pas dû à une cambrure lombaire, car le sujet couché sur un plan horizontal ou debout appuyé contre un mur de façon à maintenir le rachis immobile, la réalise aussi bien.

D'ailleurs la mensuration montre l'augmentation de la circonférence abdominale. Le ventre est sonore à la percussion, on le dirait distendu par des gaz.

Le pouls et la respiration sont accélérés pendant le tympanisme.

Quand le ventre est gonflé, la respiration est costale, le son thoracique ample et tympanique; elle redevient costo abdominale quand le ventre est dégonflé et le son thoracique prend un timbre moins tympanique. La percussion thoracique pratiquée pendant le gonflement et après le dégonflement du ventre, montre que le diaphragme et le bord inférieur du poumon sont beaucoup plus bas sur la ligne axillaire pendant la tympanité. La matité commence à la huitième côte à droite, à la neuvième à gauche. Le dégonflement opéré, la matité est remontée de cinq centimètres. Donc le diaphragme s'abaisse quand le ventre augmente et remonte quand le ventre s'affaisse.

Le pseudo-tympanisme se reproduit encore spontanément pendant une quinzaine de jours, puis il finit par disparaître. (Hypnotisme, suggestion p. 184).



CONCLUSIONS

Dans notre travail dont nous reconnaissons les lacunes et l'insuffisance, nous voulons aboutir aux conclusions suivantes :

1° L'hystérie peut créer l'ensemble symptomatique des tumeurs abdominales et de la grossesse.

2° Le diagnostic de ces fausses tumeurs et grossesses devient dans quelques cas extrêmement difficile.

3° Le praticien ne doit pas se fier aux renseignements et aux affirmations de la malade quelque pleines d'assurance qu'elles soient ; un examen attentif et soigneux peut seul lui permettre de porter le diagnostic véritable ; l'anesthésie chloroformique est la ressource à laquelle il peut recourir dans les cas difficiles, car elle permet de se fixer sûrement et rapidement sur la vraie nature des tumeurs et des grossesses hystériques.

4° Il n'existe pas d'explication pathogénique générale applicable à tous les cas ; quelques-uns d'entre eux doivent être expliqués par le tympanisme intestinal ou stomacal, les autres par les contractures de certains mus-

cles abdominaux, rachidiens ou du diaphragme associées aux paralysies des autres muscles.

5° Ces états ne présentent aucune gravité par eux-mêmes et disparaissent spontanément ou sous l'influence du chloroforme ou du traitement moral.

Vu

Le Président de la Thèse,
RAYMOND.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

